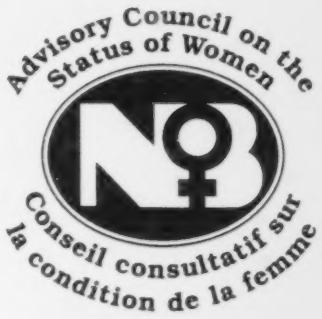


Midwives in New Brunswick

- Delivering a New Service

Brief prepared for the
New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

December 2003

This is a publication of the

New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

December 2003

Dr. Mary Lou Stirling, Chairperson
Rosella Melanson, Executive Director

The **New Brunswick Advisory Council on the Status of Women** is a body created by provincial legislation to study and advise the provincial government on issues of concern to women and to bring these before the public and the government. The Council is composed of 13 women appointed by government who meet at least four times per year to adopt recommendations for action on women's issues.

236 King St., Fredericton, N.B. E3B 1E2
1-800-332-3087 ; 506 444-4101
Fax 506 444-4318
Email: acswcccf@gnb.ca
www.acswcccf.nb.ca

Midwives in New Brunswick - Delivering a New Service
ISBN 1-55396-155-2
December 2003

Acknowledgements:

Research / writing:	Lise Mazerolle, consultant
French version:	Translation Bureau, Government of New Brunswick
Editing:	Rosella Melanson

Ce document est également disponible en français : *Sages-femmes au Nouveau-Brunswick – Prestation d'un nouveau service ISBN 1-55396-156-0*

TABLE OF CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY 4
Mandate and Presentation of the Document 5
1. Midwifery in New Brunswick: Current Picture 6
2. A Legislative Template for New Brunswick: A Specific Profession Act 7
2.1 Past Experiences in Canada 7
2.2 "Umbrella Act" or "Omnibus Act" 7
2.3 "Canopy Act" 8
2.4 Midwifery and the Nurses Act 9
2.5 Canadian Legislation 10
3. The Private Legislation Process in New Brunswick 11
Diagram I Private Legislation: The procedure 12
3.1 Review Process by the Department of Health and Wellness 14
Diagram II Review Procedures of Health Discipline Private Acts: 15
3.2 What is a Regulation? 16
3.3 What is a Bylaw? 16
3.4 Requirements in Legislation Prescribed by Health and Wellness 17
4. Does Legislation Empower Midwives for Funding Negotiations? 18
5. The Best Political Template for Implementing Regulation for Midwives 19
5.1 Adoption of Legislation in Other Provinces 20
5.2 Dissecting Alberta's Experience: A Lesson for Midwives 22
5.3 "Consumer Choice" Argument 23
5.4 Common Strategies Used to Resist Regulation of Midwifery 23
5.5 Physician in Health Care: A Pressure Point 24
5.6 Common Arguments Against Midwifery 25
6. Access to Rural Communities 25
7. The Various Forms of Funding for Midwifery 26
7.1 Remuneration and Liability Insurance 29
8. Upcoming Events of Importance for Midwifery 30
9. Action Plan For Regulation of Midwifery in New Brunswick 31
9.1 General Orientations 31
9.2 Ideas for Activities in Work Plan 32
9.3 Targeted Results 32
10. Resource Persons Consulted 33
Bibliography 34

EXECUTIVE SUMMARY

Midwives in New Brunswick - Delivering a New Service

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women wanted to determine what are the available options for the integration and funding of midwives in the health care system of New Brunswick? This resulting document offers some guidelines for planning for midwifery services, largely based on experiences in other Canadian provinces.

New Brunswick's Health Renewal report in 2002, submitted by the Premier's Health Quality Council, supported the introduction of midwives in New Brunswick and recommended that the Department of Health and Wellness undertake a feasibility study on the introduction of midwifery. It cited the shortage of obstetricians, the decreasing number of family physicians who choose to deliver babies and the support women themselves have given to the concept.

Based on the experience of the other provinces, a Midwifery Act (or an autonomous governing body within an umbrella act with distinctive regulations) is essential for the survival of midwifery as a recognized health profession. Incorporation under a Nurses Act or a Canopy Act is not recommended. Governments in the Atlantic Provinces have been leaning toward a "Canopy Act", where one governing body is created and the act governs all "alternative health professions". Midwifery is not an alternative health profession.

Regulated midwifery without public funding is not viable. Regulation requires midwives to pay high fees in liability premium association dues and regulatory fees. Funding is unlikely to occur if not lobbied for before legislation.

Government involvement is essential to being recognized as a profession. It is important to reach the "corporate rationalizers" of health care services. Contacts for the research of this document have revealed a need for information for key persons and the public. For example, everyone associates midwives with nurses. However, key persons in the provincial government are receptive to the idea of midwifery. Midwifery has yet to be recognized by the health care community and the general public in N.B. In other provinces where they have established themselves, this process of public debate was an important phase.

Mandate and Presentation of the Document

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women (ACSW) commissioned a study of the steps towards inclusion of midwifery among primary care health professions in New Brunswick. In 2003, the Midwives Association of New Brunswick (MANB) was at a decision point. The N.B. Department of Health and Wellness had informed the Association that the Department would only become involved once it has received a legislative proposal. They were also referred to the Legislative Assembly's Clerk for details on the private legislative health process. The Association and the Advisory Council needed information to determine the best course of action to establish public midwifery services in the province. A consultant was asked to:

- Explore avenues for the integration and funding of midwives in the health care system; and
- Study the legislative process and the consequences of application for private health legislation.

Because certain information became available in the course of the research, the present document also suggests general orientations for a work plan, in section 9.

The objective of this report is primarily to offer guidelines and general orientations for planning for midwifery services in New Brunswick, largely based on experiences in other Canadian provinces. It is obvious that more study and coordinated efforts must be made in order to recommend a midwifery practice framework and a funding model to the government. The information contained in this report is also based on information offered by resource persons and authors.

This report is not meant as legal advice or an academic document. It is intended as a reference for consultations and deliberations on midwifery in New Brunswick. The content of this document is the product of information and opinions gathered through contact of resource persons and consultation of literature[1].

[1] Names of persons consulted in section 10 of this report.

1. Midwifery in New Brunswick: Current Picture

Currently, midwives in New Brunswick often leave to practice in regulated provinces. Medicare does not fund their services and they have no hospital privileges. This creates a situation where it is difficult for midwives to practice.

The Midwifery Association of New Brunswick (MANB) was formed in February 2002 and consisted of midwives and consumers. A separate consumers group was launched in 2003.

During the Premier's Health Quality Council review, from January 2000 to January 2002, the MANB recommended that midwifery be considered. In its final report, the Premier's Health Quality Council supported the introduction of midwives in New Brunswick "to assist physicians with low-risk pregnancies and deliveries. This is particularly relevant in view of the shortage of obstetricians, the average age of obstetricians, the decreasing number of family physicians who choose to deliver babies and the support women themselves have given to the concept." The Council recommended that the Department of Health and Wellness undertake a feasibility study on the introduction of midwifery to New Brunswick. That study has not yet been launched.

An official of the Department of Health and Wellness recently directed MANB to work with the provincial nurses association to achieve legislation[2]. This view of midwifery is not in keeping with national and international trends in regulation and practice.

MANB is signatory in a Mutual Recognition Agreement, with all other regulatory bodies and non–regulatory associations in Canada, which establishes the conditions under which a midwife registered in one Canadian jurisdiction is recognized in another signatory jurisdiction and is in conformity with the Agreement on Internal Trade (AIT), Chapter 7, "Labour mobility"[3]. MANB is also affiliated with the Canadian Association of Midwives, including the regulated provinces of Canada. MANB's philosophy is in conformity with the international definition supported by the International Confederation of Midwives, the International Federation of Gynecologists and Obstetricians and the World Health Organization. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada also support midwives. Their policy statement mentions their support for:

> "...the continuing process of establishing midwifery in Canada as a regulated publicly funded profession with access to hospital privileges[4]".

Also, the Society's mention of the education for midwives, practice setting, integration of midwifery into health service teams is in agreement with MANB's philosophy and scope of practice. The provincial organization of obstetricians and gynecologists has been silent on this issue.

Midwifery has yet to be recognized by the health care community and the general public in N.B. In other provinces where they have established themselves, this process of public debate was an important phase.

---

[2] MANB Website, www.manb-asfnb.ca

[3] Midwifery Consumers of Alberta Network, *Midwifery Care in Alberta, executive summary*, page 1.

[4] Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), policy statement, September 1997. Available at http://sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml (click on clinical guidelines shown on the left hand menu. Click on Standards at the top of the page. Click on "General". Scroll down to SOGC Policy Statement, No. 126, March 2003, on "Midwifery").

2. A Legislative Template for New Brunswick: A Specific Profession Act

Regulation is needed when public well-being is of concern. According to the White Paper published by the government of Newfoundland[5], government may regulate in different ways. For example, government may decide to supervise the activity of a profession by establishing a special board or naming a public official to supervise the occupation. Another route could be approbation for self-governance through legislation.

Self-governance usually empowers the governing entity by giving certain rights: the right to set practice standards, the right to admit qualified practitioners and the right to discipline existing members. The governing body is usually a council or a licensing board, which oversees the activities of the profession. One public advantage of self-governance is a reduced cost of taxes because the practitioners recover the expenses of regulation. Advantages for the self-governing practitioners are the level of independence and recognition acquired as well as having the option for individuals to establish an independent fee structure for their services[6].

According to certain authors[7], governments across Canada are not keen on creating exclusive right to deliver a service through self-governing regimes. A process of *certification* or *title protection* is the preferred route when the need for regulation of an occupation arises. However, if public well-being is of concern, governments might consider regulating through a form of legislation.

The goal here is to analyze and consider all perspectives leading to a viable framework that the majority is comfortable with. It is important to launch a dialogue on the form of regulation and funding of midwifery in New Brunswick. If midwives in New Brunswick opt for legislation, there are different possible models.

2.1 Past Experiences in Canada

The response from other provinces is unanimous: a Midwifery Act or an autonomous governing body within an umbrella act with distinctive regulations is essential for the survival of midwifery as a recognized health profession.

Incorporation under the Nurses Act or a Canopy Act (explained further in this document) is not recommended. This does not serve the same purpose as an umbrella act and would mean that midwives are subordinated to nurses. The midwife's scope of practice is different from that of the nurse.

The following two sections offer basic information on legislation models.

2.2 "Umbrella Act" or "Omnibus Act"

The College of Ontario gives details on what is an Umbrella Act:

---

[5] Government of Newfoundland, *Challenging Responses to Changing Times, New Proposals for Occupational Regulation*, Publications, 1997 ("the white paper"), page 2.
[6] *Ibid.*, pages 2-3
[7] *Ibid*, page 8.

> "Both British Columbia and Ontario are under "umbrella" acts....each profession has its own administrative powers and follows its own professional guidelines (which may be necessary for liability insurance)[8]".

The presence of a respective governing body is a very important distinction because the profession of midwives is not subordinate to another profession in the legislation; it is an equal profession with an independent governing body. In order to obtain liability insurance, it is important to have independent governing bodies for each profession to better manage risk in the practice."

The legislation governing health professions in Ontario is a bit more complex. Generally in other provinces each regulated profession has its own profession-specific act. In Ontario, health professions that are closely linked in the way they practice have been gathered under an umbrella act (Regulated Health Professions Act). The College of Physiotherapists of Ontario explains the concept of an umbrella act as:

> "In addition to the professions specific Act (*Midwives Act)* there is also an umbrella act that applies equally to all the regulated professions. This is called the *Regulated Health Professions Act* (the RHPA). An important part of the RHPA is Schedule 2, The Health Professions Procedural Code (the Code)[9]".

The Health Professions Procedural Code, along with the "Master Act" (RHPA) and the profession-specific *Midwives Act* are essential to understanding how midwifery is regulated. The *Midwifery Act* has a provision that deems the Health Professions Procedural Code to be part of it. Each health profession under the RHPA has this special provision in its act. The result is that all health professions are governed by the same Code.

Consultation with other provinces on this point is unanimous: it is best to have a specific profession act for midwives. Some have also made reference to the experience in the United Kingdom, where umbrella acts were not beneficial to midwives because the latter did not have a distinct governing body and were governed by other health professions. This is contrary to the philosophy of midwives in Canada.

2.3 "Canopy Act"

According to resource persons consulted in the research for this report, it seems that the governments in the Atlantic Provinces have been leaning toward a form of legislation called "Canopy Act". In essence, a Canopy Act means that only one governing body exists and that this act governs all "alternative health professions". The word "alternative" here is of key importance because government never funds alternative health professions. The definition of a midwife is that of a primary caregiver, the same as for nursing and medicine. Midwifery is not an alternative health profession.

Of equal importance is the fact that a disciplinary committee in this structure would not be composed of a majority of midwives. As a result, liability insurance could become impossible to obtain because midwives could not guarantee good risk management in a structure where, for example, 28 different alternative health professions exist with only one governing body to manage risk.

According to an employee from the Legal Department of the Health and Wellness Department[10], it could be difficult for the governments to pass this type of legislation if midwives

---

[8] Communication with Pearl Herbert, Memorial University, October 2, 2003.
[9] College of physiotherapists of Ontario, laws, available at www.Collegept.org
[10] Conversation with Jason Debly, lawyer from the Legal Department of Health and Wellness Department.

strongly objected. In Newfoundland, midwives have rejected the idea of a canopy act, saying it would not be suitable for a primary profession such as midwifery.

2.4 Midwifery and the Nurses Act

One recent media report says the N.B. Department of Health is of the opinion that midwives should be integrated under the Nurses Act[11]. However, all midwives are not nurses and the scope of practice of midwives is different from nurses'. In fact, this concept is contrary to the international definition of a midwife and is also not accepted by the Canadian Association of Midwives. It is impossible for midwives to be registered midwives if they fall under a nursing act. If midwives cannot be registered after being integrated in a nurses act, how will they practice within the scope of practice of their profession? Nurses may envision teamwork with midwives as being lead by a nurse[12].

Many places around the world have shown that it is not necessary for midwives to be nurses. In countries where they have been integrated under a Nurses Act, like Australia, midwives are struggling to have separate standing[13]. A "nurse midwifery" process is not in accordance with the Canadian model.

The global trend in midwifery education is direct entry. Nursing schools or faculties are not involved with the 5 Canadian education programs in midwifery (collaborative classes with other primary care providers include nursing schools as well as medical students, etc)[14].

Finally, Human Resource Development Canada funded and supported a mutual reciprocity agreement signed by all province regulators in Canada. The model of care presented in that agreement is a reflection of the accepted philosophy and scope of practice across Canada.

---

[11] Madeleine Blanchard, Journalist, *Les Sages-Femmes cherchent à légaliser leur profession,* Acadie Nouvelle, August 5, 2003.

[12] Communication with Pearl Herbert, Memorial University, October 2nd 2003.

[13] Communication with Pearl Herbert *supra* note 12. Also see the Act separating nurses and midwives at http://www.health.nsw.gov.au/csd/llsb/nursereview/index.html

[14] Communication with Kim Campbell, Canadian Association of Midwives (CAM), October 7th, 2003.

2.5 Canadian Legislation

The following table summarizes the Canadian legislation, the number of midwives at the time of implementation and at present, and the existence or absence of funding.

British Columbia	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec
In 1995: Umbrella Act, *Health professions Act* with own governing body and regulations for midwives	In 1995: Umbrella Act, *Health Disciplines Act*, with own governing body and regulations for midwives	In 1999, a distinct act: *Act respecting midwives* passed but not in force[15]	In 2000, a distinct act: *Midwifery Act* passed with regulations.	In 1994, a distinct Act was in force: *An Act respecting the regulation of the profession of midwives* with own regulations and application of Health Professions Procedural Code within umbrella act.	In 1999, a distinct act was in force: *Midwives Act*
24 registered midwives at time of implementation of legislation Present number: 82	24 midwives at time of implement-tation of legislation. Present number: 17	5 midwives practicing but the procla-mation and implementation is suspended until funding issues are resolved[16]	11 registered midwives at time of implementa-tion. Present number: 30	62 registered midwives at time of implementation. Present number: 237	76 midwives at time of implementation Present number of registered midwives is 57
Public funding	No funding	No funding promised yet, still in legislative process	Public funding	Public funding	Public funding

Source of information: Pearl Herbert, Memorial University, *A Summary of the History of Midwives in Canada*, September 2003

[15] See diagram I for more details on the legislative process.
[16] See diagram I for more details on legislative process.

3. The Private Legislation Process in New Brunswick

The procedure for private bills differs materially from that which governs public bills.

A public bill means that public policy is at the core of the bill, usually general in application and character, and is initiated by a minister or member.

A private bill relates to a matter of special benefit to a particular person or group of persons and is the medium by which a member of public may initiate a bill by applying to the Legislative Assembly. The status of a private bill is one of privilege. Essentially, this means that a private bill is an exception from the general law, where one or more individuals, an association or other organization, a company, municipality or other local authority seek special privilege requiring legislative sanction. The legislation can only be obtained by way of a private bill[17].

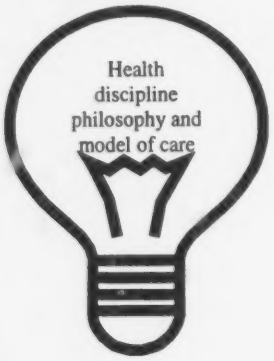
According to people consulted, the process of private legislation in itself can be a two- to three-year process. Prior to application for private health legislation to the Legislative Assembly, it is important to consult and discuss issues with other interested parties. Actually, the Legislative Assembly needs to be satisfied that granting the special legislation prejudices no other rights or interests. This concern is addressed by way of notice requirements and hearings before the Standing Committee on Private Bills (Stage 8 of diagram II). If there are unresolved issues, it is possible that this may delay the application for a private bill once it is before the Legislative Assembly.

Indeed, once the private bill has been introduced in the house for private reading, it is referred to the Standing Committee on Private Bills, as demonstrated in diagrams I and II below. At this stage, proponents and opponents of the bill will voice their support, concerns or issues before the Standing Committee on Private Bills. If too many issues are unresolved, it is possible that delay in allowing the parties to discuss and negotiate could eventually halt the progress of the bill. If the bill is introduced late in the session, this delay may result in the need to reintroduce the bill in the next session of the Legislature.

Once a private bill has been introduced in the House and referred to the Standing Committee on Private Bills, the time frame for resolving any issues or concerns raised by the public is short. It is imperative that MANB already have established contacts with interested parties and have an idea of the amplitude of possible objections.

[17] Correspondence from the Clerk of the Legislative Assembly to Law Society of New Brunswick, September 15, 2003.

Diagram I Private Legislation: The procedure



- Bill is drafted by applicant
- Legislative Counsel circulates draft Bill to appropriate Ministries for comment
- Applicant publishes Notice of Application once a week for 4 weeks*

Application for Private Bills is filed with the Clerk of Legislative Assembly by:
- Submitting a copy of draft Bill**
- Payment of fee
- Affidavit or Statutory declaration proving publication of Notice

* The Bill must be drafted in both official languages and published in the Royal Gazette. Also publication in newspaper having general circulation for 3 weeks in a row is required. The notice must state that interested parties who wish to make a submission should notify the Clerk of the Legislative Assembly in writing. (Appendix II). ** Legislative Counsel will review and comment on the draft Bill.

The Clerk of the Legislative Assembly forwards a copy of the draft Bill to the Deputy Minister of Justice who will examine the Bill and determine if:
- Subject matter is within competency of the legislature;
- Remove any errors or improprieties;
- Ensure the proper form.

Any substantial point in connection with form or substance is discussed and settled with applicant's solicitor.

The Clerk of the Legislative Assembly forwards a copy of the final draft to the Queen's printer. Copies of the Bill are delivered to the member of the Legislative Assembly who will sponsor the Bill on behalf of the constituents.

First Reading

After certification by the Clerk of the Legislative Assembly that the application meets all requirements, the member of the Legislative Assembly sponsoring the Bill may introduce the Bill for **first Reading.**

Standing Committee on Private Bills

Following first reading, the Bill is referred to the Standing Committee. The purpose is to comment, ask questions and/or propose amendments to sections of the Bill.
The Committee may invite individuals or groups and Department officials to comment on the Bill in writing or in person. Following public submissions, the Bill is considered clause by clause and a report is drafted. The recommendations may be:
- Favorable consideration of the House;
- Favorable consideration of the House, **with amendments**;
- Not recommended to the favorable consideration of the House.

Refer to diagram II for more details on the Standing Committee.

Second reading of the Bill if the Standing Committee on Private Bill has recommended it. At this stage, the Bill is open to debate in the House. The Bill is ordered for third reading unless at least 5 members signify that the Bill be ordered for the Committee of the Whole House.

Third reading

Private Bill ordered for third reading.

Royal Assent
- Bill is presented to the Lieutenant Governor for assent. When Bill is given Royal Assent it becomes an Act, is given a statute number and is reprinted. The Bill is not necessarily in force at this stage.*

Committee of the Whole House

All Members of the Legislature are members of Committee of the Whole House. Proceedings are conducted in the Legislative Chamber but less formal. Bill is considered clause by clause, questioned, commented on. Amendments may be made. A report is made to the House and Bill is ordered for third reading.

In Force

Statute is in force:

- Upon Royal assent, *or*
- On a day specified in the Act

Different sections may come into force at different times.

*Following Royal Assent, the Clerk of the Legislative Assembly forwards to the applicant a certified copy of the Act.

Transitional Council

Transitional Council of College of Midwives is required to make, revoke, modify:

- Regulations and standards
- Bylaws
- Code of Ethics

The Act comes into force

College of Midwives Council

The Council is officially in function.
The Transitional Council ceases to exist.
The Council must protect the interest of the public and act as governing body for the Midwives.

For further details on this process, refer to Appendix II for official version of Legislative Assembly of New Brunswick.

3.1 Review Process by the Department of Health and Wellness

The Department of Health and Wellness also proceeds with a revision of the Bill. The applicant for private health legislation is required to forward information to the Department, including a draft of the proposed bill. The *Policy and procedure for the review of proposed health discipline private acts* orients applicants on the procedures. Appendix I presents a working draft of the information required by the Department.

The applicant must meet the majority of the criteria set by the Department of Health and Wellness in its document entitled *Policy and procedure for the review of proposed health discipline private acts*. The document includes public interest criteria. All the information required, as presented in Appendix I, must be completed. This is strictly applied.

If the Department of Health and Wellness has serious concerns relating to the public interest criteria or to matters relating to the content of a proposed act that have not been rectified by the applicant when informed, it will raise such concerns with the Standing Committee on Private Bills at the appropriate time. The Standing Committee on Private Bills will evaluate the concerns (stage 5 and 8 of diagram II).

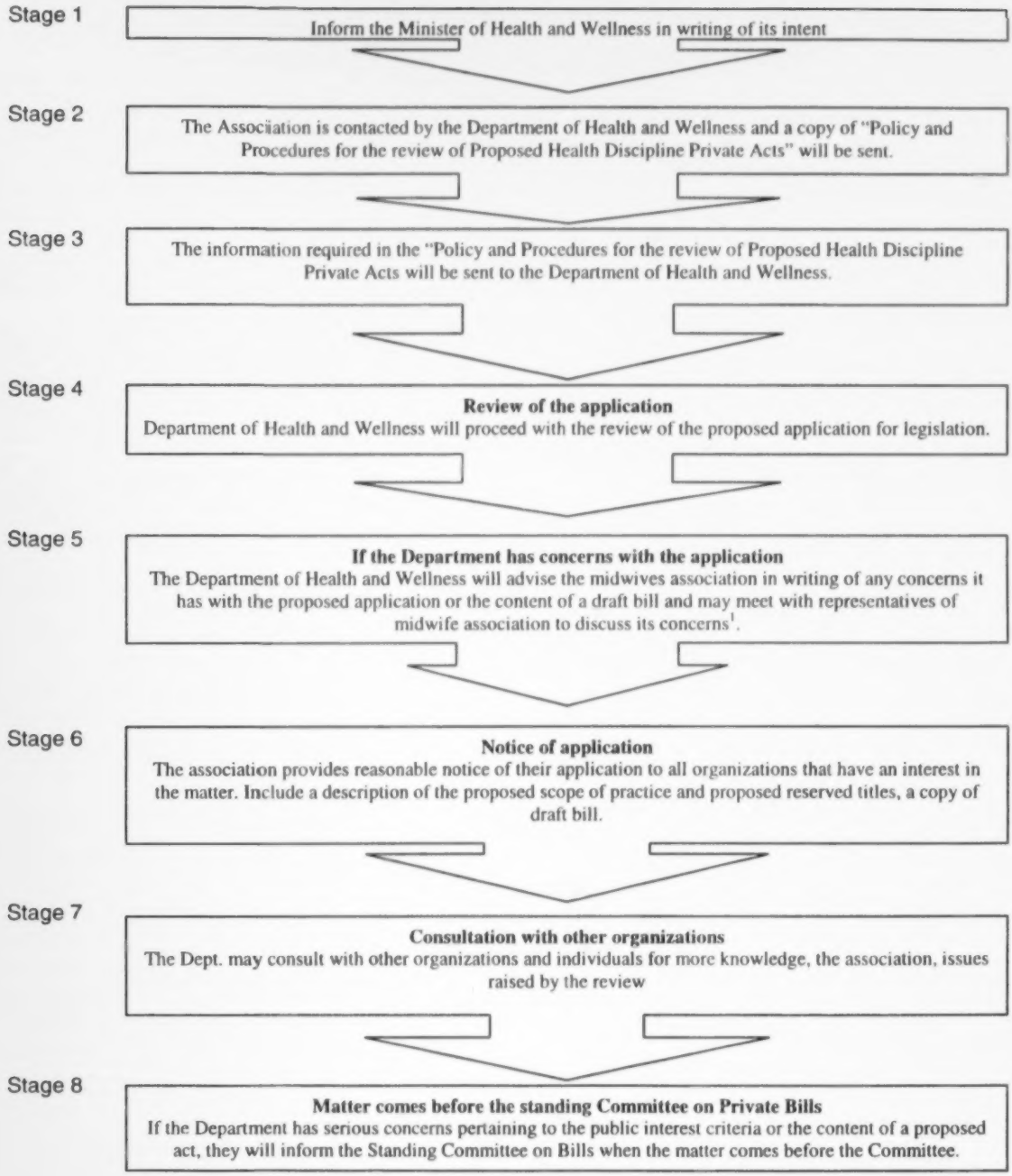
The negotiations between interested parties take place privately and no third party is involved. It is up to the applicant to work out agreements with interested parties who will object or support the legislation. Usually, after the applicant for private legislation publishes notice of the proposed legislation (required by policy and procedures prior to filing the proposed legislation with the Legislative Assembly), anyone interested or concerned with the legislation may contact the applicant directly. However, it is advised to lobby and prepare the scene before sending notice to the parties.

Drafting of the bill is the responsibility of the applicant. Once a bill has been officially filed, staff in the Clerk's office at the Legislature will review it to ensure that it is in proper form and drafted in conformance to the general rules regarding the drafting of legislation. The legal department of Health and Wellness will review the draft for the form but no position or opinion is given at this point. Before application for private health legislation, it is advised to give 3 to 6 months notice to the Department.

A proposed bill cannot include a clause stipulating that private funds will pay for midwife services or liability insurance unless it has been previously agreed upon. Unless this is done, the bill will not pass the review process.

The illustration below demonstrates the process for private legislation.

Diagram II Review Procedures of Health Discipline Private Acts[18]:


Stage 1
Inform the Minister of Health and Wellness in writing of its intent
Stage 2
The Association is contacted by the Department of Health and Wellness and a copy of "Policy and Procedures for the review of Proposed Health Discipline Private Acts" will be sent.
Stage 3
The information required in the "Policy and Procedures for the review of Proposed Health Discipline Private Acts will be sent to the Department of Health and Wellness.
Stage 4
Review of the application
Department of Health and Wellness will proceed with the review of the proposed application for legislation.
Stage 5
If the Department has concerns with the application
The Department of Health and Wellness will advise the midwives association in writing of any concerns it has with the proposed application or the content of a draft bill and may meet with representatives of midwife association to discuss its concerns[1].
Stage 6
Notice of application
The association provides reasonable notice of their application to all organizations that have an interest in the matter. Include a description of the proposed scope of practice and proposed reserved titles, a copy of draft bill.
Stage 7
Consultation with other organizations
The Dept. may consult with other organizations and individuals for more knowledge, the association, issues raised by the review
Stage 8
Matter comes before the standing Committee on Private Bills
If the Department has serious concerns pertaining to the public interest criteria or the content of a proposed act, they will inform the Standing Committee on Bills when the matter comes before the Committee.

[18] Refer to *Policy and Procedures for the review of proposed health discipline private Acts,* Department of Health and Community Services (Now Department of Health and Wellness)

3.2 What is a Regulation?

The regulations are elaborated after legislation is passed. Regulations can be defined as rules to carry out the intent of the law. Agencies issue regulations to guide the activities of those regulated by the agency as well as their own employees and to ensure uniform application of the law[19].

Some regulations will be more descriptive than others if the Act does not address in detail certain required aspects. The practice is to find a balance between being general and detailed. If regulations are too detailed, it can create rigidity and not allow flexibility when needed to adapt to situations. If the regulations are too vague, they will not serve their purpose of giving guidelines.

The Council of College or the Transitional Council of College can elaborate regulations. Usually, the Act governing midwives would delegate authority to the Lieutenant Governor in Council.

Here are examples of themes included in regulations:

- Designating standards for the practice of midwifery;
- Designating screening and diagnostic tests that a midwife may order or about which a midwife may receive reports;
- Designating drugs that a midwife may prescribe and administer;
- Designating minor surgical and invasive procedures that a midwife may perform;
- Establishing requirements to be met by applicants for registration as midwives and students;
- Requiring midwives to carry professional liability insurance and governing the coverage required to be carried;
- Establishing a process for assessing the experience and knowledge of applicants for registration as midwives;
- Respecting the establishment and operation of committees under subsection;
- Respecting the establishment, content and maintenance of registers;
- Designating information contained in a register that may be made public;
- Announcing notice of the cancellation of a certificate of registration in a form and manner determined by the Council;
- Respecting the conditions under which the name of a person whose certificate of registration has been cancelled may be reinstated in a register and the conditions under which a certificate of registration may be reissued;
- Establishing requirements for continuing education and training;
- Prescribing the records to be kept by midwives and the length of time they must be kept;
- Respecting diagnostic tests that a member may order, perform or interpret and any conditions or restrictions on the ordering, performing or interpreting of those tests; and
- Authorizing the Council to make regulatory bylaws.

3.3 What is a Bylaw?

A bylaw can be referred to as a regulation, ordinance or rule adopted by an association or a governing body. Bylaws define the rights and obligation of various officers, persons or groups within the structure. They provide rules for routine matters such as procedures for meetings[20] and can include a code of ethics[21] adopted at an annual meeting of the college of midwives council. The following examples are subjects addressed in bylaws applying to midwives:

---

[19] Black's Law dictionary
[20] Blacks Law Dictionary
[21] There are good examples of Code of ethics offered by the Colleges of midwives of BC and Manitoba.

- Establish number of members on the Board;
- Establish classes of registrants;
- Establish requirements for the registration of persons practising the designated health profession;
- Establish standards, limits or conditions for the practice of the designated health profession by registrants;
- Establish standards of professional ethics for registrants;
- Establish standards of education for registrants;
- Establish requirements for continuing education for registrants;
- Establish requirements for maintenance of professional liability insurance coverage by registrants;
- Establish fees payable to the College by registrants;
- Provide for special fees levied under the bylaws to be payable by registrants;
- Establish requirements for renewal, suspension, cancellation and reinstatement of the registration of persons practising the designated health profession, including providing for the suspension or cancellation of the registration of a registrant for late payment or non-payment of fees;
- Establish a registration committee, a quality assurance committee, an inquiry committee, a discipline committee, a patient relations committee and other committees the board determines are necessary or prescribed by Health and Wellness authorities;
- Establish accounts and transactions for the College;
- Set standards of professional conduct, competency and proficiency of members;
- Provide a code of ethics for members;
- Set standards regarding the manner and method of practice of prescribing procedures for the review, investigation and disposition by the professional conduct committee of complaints alleging that a member is guilty of professional misconduct or professional incompetence;
- Govern the approval of education and competency assessment programs;
- Prescribe the minimum amount of liability protection that members are required to obtain;
- Prescribe the minimum amount of liability protection that the College may obtain on behalf of each member;
- Prescribe the form, content and maintenance of the register and the information to be provided by members for the purpose of the register;
- Prescribe any other matters considered necessary to carrying out this Act.

3.4 Requirements in Legislation Prescribed by Health and Wellness

In New Brunswick, the Department of Health and Wellness prescribes standard requirements that should appear in all health legislation. Details for these standard requirements are outlined in the Department of Health and Wellness document entitled *Policy and procedure for the review of proposed health discipline private acts.* In summary, the standard requirements are:

- Duties of health discipline

- Public representation
  - Governing body
  - Complaint Discipline Committee
    - Complaint Committee – at least 1 lay person
    - Discipline Committee – at least 1 lay person
      (Both appointed by a governing body)

- Complaint and discipline procedures
  - Standard legal and procedural requirements
  - Investigative powers
- Prevention of sexual misconduct
- Public access to information concerning members
  - Access to information
  - Publication of the results of discipline proceedings
- Professional Liability Insurance
- Review of regulations or Bylaws which affect the public interest

In addition, midwives have interests that they want to incorporate in legislation that are aligned with their scope of practice and their philosophy of women centred care.

Here are major components to be recognized in the regulation process:

- Choice of birth setting;
- Direct entry;
- Process to credit experience or training in another jurisdiction;
- Public funding;
- Liability insurance (publicly funded);
- Autonomy in providing health care services (not supervised by physicians or nurses);
- Accessibility of midwifery care (ensuring equitable access regardless of place of residence);
- Hospital privileges;
- Safe care at births;
- Continuity of care; and
- Collaborative care with other health care provider (if situations occur where management is outside the scope of practice).

4. Does Legislation Empower Midwives for Funding Negotiations?

Experience from other Canadian provinces has amply demonstrated that regulated midwifery without public funding is not viable. Regulation requires midwives to pay high fees as liability premium association dues and regulatory fees are as high as $10,000 per year[22]. If funding, at least subsidized liability insurance, is not obtained at the time of legislation, it will be difficult to obtain funding once legislation is passed.

This is one of the reasons why midwives in Saskatchewan refuse to continue with the next step in the private legislation process[23]. According to a representative of the Saskatchewan Midwives Association[24], lobbying for funding before legislation is imperative. In their case, after the first part of the Midwifery Act was passed in 1999, the government promised a pilot project including 3 midwives, but no funding for the midwifery service was provided. As a result, the midwives in Saskatchewan are in a dilemma: the pilot project has not been launched yet while the provincial government is "pushing" for a pre-transitional

[22] Communication with Kim Campbell from the Canadian Association of Midwives, October 7, 2003.
[23] The process is interrupted at proclamation; see diagram I for more details.
[24] Communication with Saskatchewan Midwives Association on October 2, 2003.

council to be set up leading to proclamation of the Act[25] without funding. If legislation is proclaimed, 4 out of 5[26] practicing midwives will no longer be able to practice.
The absence of a funding commitment from the government undermines the service, according to several interviewees[27]. Past experience proves that the absence of funding creates an unsustainable service. The midwives in Alberta are presently being regulated without funding.
Since regulation in Alberta, the number of midwives has significantly dropped. In other regulated provinces where public funding is available, the number of midwives increases continually.

One argument in favour of funding that seems to work in some jurisdictions has not worked in other provinces. The determinant factor seems to be the level of receptivity from the political platform. We will discuss the importance of political dynamics in section 5.

5. The Best Political Template for Implementing Regulation for Midwives

As consultation of different provinces revealed, funding is unlikely to occur if not lobbied for before legislation, particularly with liability insurance. If midwives encounter a strong resistance at the time of application for private health legislation, chances are the initiative will fail.

Government involvement is essential to achieve a status of recognition as a profession. Coburn, Torrance and Kaufert[28], emphasize the importance of reaching the "corporate rationalizers" in the process. These "rationalizers" play the role of coordinating and rationalizing health care. They are present in segments of the medical profession involved in planning and searching and in the government as bureaucrats, health administrators and health planners. These are key actors to work with in the lobbying process.

Authors[29] explain the consequences of lack of governmental support after legalization in Alberta by comparing with events that took place in Ontario and British Columbia. Because the process in Alberta was more of a bureaucratic initiative rather than a governmental initiative, midwifery was seriously set back when the political template changed with the election of a government which cut drastically in health care.

The situation was different in Ontario and British Columbia. The presence of feminists in the legislative caucus and party officials along with significant support from female electors has resulted in state funding for midwives. Social democratic governments often supported midwives; Alberta's more conservative government did not share the same priorities[30].

Ontario and British Columbia included midwifery services in the public health care system. A plan was elaborated to increase the number of midwives. By 1993, Ontario had implemented a midwifery baccalaureate program and completed the licensing process for 60 practicing midwives as well as public funding. The government of Alberta has not made these commitments.

---

[25] Legislation is not in force before proclamation; see Section 3 for more details.
[26] Communication with Midwives Association of Saskatchewan, October 2nd 2003.
[27] Communication with Kim Campbell from the Canadian Association of Midwives, October 7, 2003.

[28] McKendry, R., Langford, T., *Legalized, regulated, but unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Abstract, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Department of Sociology, University of Calgary, Alberta, Canada, page 4, in reference to Coburn, Torrance and Kaufert, 1983, *Medical Dominance in Canada in Historical Perspective: The Rise and Fall of Medicine?* International Journal of Health Services, page 420.
[29] McKendry, R., Langford, T., *Legalized, regulated, but unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Abstract, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Department of Sociology, University of Calgary, Alberta, Canada.
[30] Ibid., in reference to Dacks et al., 1995, Road Kill: Women in Alberta's Drive Toward Deficit Elimination. In: Laxer G., Harrison T. (Eds). The Trojan Horse: Alberta and the Future of Canada. Black Rose Books, Montreal, pages 270-285.

The recent case of Saskatchewan is also interesting to study because legislation was adopted without promised funding. As in Alberta, the bureaucratic process took place with the support of "rationalizers" and legislation was passed but, in Saskatchewan, the legislation is not yet in force[31]. The midwives do not want proclamation of legislation before funding is promised.

According to authors[32], political will and popular demand have to be strong enough to justify immediate legislation. Pilot projects can be a political compromise between the immediate legalization of midwifery and the status quo, like in Quebec. The practice of evaluating a "new" profession before implementing it on a permanent basis is generally considered good public health planning. Other provinces in Canada have implemented pilot projects but Quebec is the only one that passed a law to define framework for a new health care program before official recognition[33].

5.1 Adoption of Legislation in Other Provinces

British Columbia

1976 – Consumer-based campaign for the legalization of midwifery (CALM), known as Midwifery Task Force[34]

1980 - Midwives Association was formed[35]. A midwifery Task Force was formed early 1980's.

1991 - BC Royal Commission on Health Care and Costs recommends midwifery be legalized as an autonomous profession[36]
In 1993, the Department of Health establishes the Midwifery Implementation Advisory Committee (MIAC) to guide the Department in integrating midwives in the health system[37]. At a 1993 International Confederation of Midwives Congress, the Minister of Health announced that midwifery was to be legalized.

After proclamation of the regulations in 1995, the government appointed the first Board of Directors of the College of Midwives. In 1995, the College of Midwives of British Columbia was established and in 1996, the Department of Health announced the public funding of midwives.

In 1996, the *Hospital Act* is amended to expand the definition of a "practitioner" beyond a physician and a dentist to include "a person registered as a member of a health profession". Specific midwife regulations are elaborated and midwives are recognized as a health profession.

In 1998, the Department of Health's two-year Home Birth Demonstration Project begins and includes all home births attended by BC midwives. In 2000, the Home Birth Demonstration Project report supports registered midwives in continuing to care for women having planned homebirths[38].

---

[31] Please refer to Section 3 for more details on the private legislation process.
[32] Blais, Regis; Joubert, Pierre; L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, *Evaluation of the Midwifery Pilot Projects in Quebec: An overview, Canadian Journal of Public Health, January-February 2000, page 1-1.*
[33] Blais, Regis; Joubert, Pierre; L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, *Evaluation of the Midwifery Pilot Projects in Quebec: An overview, Canadian Journal of Public Health, January-February 2000, page 1-1.*
[34] History of Midwives in British Columbia
[35] History of Midwives in British Columbia
[36] History of Midwives in British Columbia
[37] History of Midwives in British Columbia
[38] History of Midwives in British Columbia

Alberta

The Association of Midwives submits an application for the designation of midwives under the Health Disciplines Act. In June 1991, the Health Disciplines Board recommended the regulation of midwifery. The Health Discipline Act, with new designation and the midwives regulations, came into force in 1995.

In 1998, the opening of midwifery registry occurred with to few midwives to form a College; the alternative was that the function of a College of Midwives was to be undertaken by the Health and Wellness, Health Workforce Planning Branch, of the provincial government.

In 2001, 1600 women in Alberta applied to participate in a research project offering 150 courses in midwifery care at no cost[39].

Saskatchewan

A Midwifery Advisory Committee was formed. The Committee concluded that midwifery is an autonomous profession.

In 1999, following the Midwifery Advisory Committee report, the Act was passed but is still not in force as of today. Midwives are not supporting the process of proclamation and implementation before funding issues are resolved.

In 1999, a pre-transitional council was suggested because numbers of midwifery were insufficient to establish a provincial regulatory College of Midwives. The establishment of pre-transitional council will enable proclamation.

Manitoba

In 1994, the government appointed a Midwifery Implementation Council. In 1997, royal assent was given to a Bill entitled *The Midwifery and Consequential Amendments Act.* Following this event, The *Midwifery Act* and *Midwifery Regulations* were proclaimed in 2000 (assented in 1997).

Ontario

In June 1983, a small group of consumers and health care providers of midwifery started a dialogue with the Ontario Association of Midwives on the status of midwifery. These consumers established the Midwifery Taskforce of Ontario to promote legislation and recognition of midwifery.

Within 3 years, the Midwifery Taskforce had the support of over 1000 members seeking an alternative to the medical model of childbirth and maternity care. Over the next several years, The Ontario Association of Midwives along with the Taskforce served as advocate for the creation of midwifery as a recognized health profession[40].

The death of a baby delivered by midwife triggered a court suit. Fifteen recommendations resulted from the court case pertaining to midwifery. In 1986, the Ontario Government announced that it was to recognize midwifery as a regulated health profession.

A Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario was published in 1987.

[39] O'Brien, B; Harvey, S; Beischel, S (2001). Quarterly report on the evaluation of midwifery services in Alberta. Unpublished report.

[40] College of Midwives of Ontario, History of the College, page 1.

In 1991, Bill 56, *The Midwifery Act* was passed. The provincial government had committed to public funding as part of the health care system. It was foreseen that the proclamation of the *Regulated Health Professions Act* (umbrella act which included midwifery as one of the regulated health professions) would coincide with the introduction of registered midwives and the Interim Regulatory Council on midwifery. Regulatory Council was formed in 1989 to develop standards for the profession[41].

The Transitional Council of College was formed in 1993, at completion of the Interim Regulatory Council on Midwifery. The Transitional Council of the College was responsible for the designing and implementation of registration procedures, the detailing of scope of practice and the development of a prior learning assessment program to recognize the skills of midwives trained outside the province[42].

In December 1993, the *Regulated Health Profession Act* and the *Midwifery Act* were proclaimed (in force) with funding commitment from the Government[43].

In January 1994, the College of Midwives of Ontario was established to administer the *Midwifery Act* in accordance with the *Regulated Health professions Act.*

Québec

In 1990, a bill was passed and a project was implemented to allow midwives to practice at designated sites for a limited time. The project started in 1993 with midwives that were assessed as qualified, but not licensed. A final report of the project was submitted in 1997 and the Quebec Department of Health accepted most of the recommendations.

A law for the pilot projects was extended until legislation for midwifery was implemented. The distinctive law for midwifery as a recognized profession was in force in 1999.

5.2 Dissecting Alberta's Experience: A Lesson for Midwives

Past experiences in other provinces demonstrate the importance of a receptive environment to midwifery. Alberta demonstrates how midwives can be worse off with legislation than without legislation. Indeed, if the initiative of legislation is exclusively bureaucratic and no commitment from government is obtained, the situation can be devastating.

In Alberta, midwives were still not integrated in the public health care system years after legislation was passed: midwives could not maintain professional responsibility for a patient when a hospital delivery was desired (because of delay in amending the Hospital Act permitting midwives to admit and discharge patients). Actually, midwives are still charging clients directly for their services since no funding is available. Registration requirement of liability insurance is still hard to meet considering the fee can be up to $2,000 over midwifery fees. As a result, Alberta is losing its midwives for the same reasons it was before legislation.

McKendry and Langford explain the situation in Alberta as being:

> "...a state bureaucratic challenge to medical dominance which had been condoned by the centre-right government of the day. The new Right government of Ralph Klein in 1993 inherited this initiative. The cornerstone of the new

[41] Communication with Pearl Herbert, October 2, 2003, Memorial University, Newfoundland and also refer to the website of the College of Midwives of Ontario.
[42] College of Midwives, of Ontario, History of the College page 2
[43] Please refer to Section 3 for more details on proclamation.

government's program was deficit elimination through reductions in government spending[44]".

Some authors think that Alberta's failure to fund midwifery after legislation reflected a fear of igniting opposition in the medical community because the government monies for midwives would have come from the medical services budget. Indeed a zero-sum budget scenario was more likely to be in the philosophy of the government and the medical community knew this.

However, the bureaucratic process that took place in Alberta is not of less importance. Health bureaucrats promoted midwifery in the face of strong opposition from the health professions of medicine and nursing. Even if the first application for legislation failed in 1982, it put midwifery on the map and eventually led to legislation 10 years later. This was accomplished with approximately 20 midwives at the time of adoption of the legislation. After legislation, the new government announced that it would not fund midwifery. The delay to amend the Alberta Hospital Act, which permitted midwives to admit and discharge hospital patients, was 7 years. This was a major setback along with the fact that the University of Alberta has cancelled their plans to establish a midwifery education program.

The situation in Alberta is far from what the midwives wished by pushing for regulation. The government promised no funding even when all the appropriate bureaucratic stages were followed for adoption of the legislation. The result was that half the midwives left the province between 1997 and 1999[45].

5.3 "Consumer Choice" Argument

The midwives' campaign for midwifery in Alberta was based, amongst other arguments, on consumer choice. The submission to the Health Disciplines Board argued that clients should be free to choose birth attendants and place of birth[46]. Also, a prominent activist and professor, Peggy Ann Field, argued that "women's choice was paramount" referring to the Alberta Association of Midwives policy to defend a midwife charged for accepting to attend a risky home birth[47].

The new government has since reinterpreted this argument as a choice rather than a necessity. The government's position was that since service was a choice thus an alternative, it would not be an essential publicly funded service.

5.4 Common Strategies Used to Resist Regulation of Midwifery

Every province that experienced the process of regulation has met resistance from the health community, especially from the dominant professions (physicians, nurses, etc.). Authors have analyzed the common strategies adopted by dominant professions to resist recognition of midwives as a primary health care provider.

As Witz[48] concludes, dominant professions in inter-occupational conflict will usually adopt one of two types of strategies. First Witz mentions:

---

[44] McKendry, R., Langford, T., *Legalized, regulated, but unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Abstract, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Department of Sociology, University of Calgary, Alberta, Canada, page 14.

[45] Ibid., in reference to Schwegel, 1999.

[46] Ibid., page 16.

[47] Ibid. at page 16 in reference to Williams, 1991at pages 497-498.

[48] McKendry, R., Langford, T., *Legalized, regulated, but unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Abstract, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Department of Sociology, University of Calgary, Alberta, Canada, page 9, in reference to Anne Witz, 1992.

> "...incorporation which seeks to embody the task associated with the occupational role of the subordinate occupation. When this strategy is successful, the scope of practice of the subordinate occupation is subsumed under the practice of the dominant occupation. The subordinate occupation is effectively eliminated[49]".

The second strategy utilized by the dominant profession is called "deskilling", where the "subordinate occupation" (midwives) has the right to practice but its scope of practice is limited and controlled by the dominant occupation.

Again, the importance of the government's involvement is essential in the recognition of midwives as a profession. Coburn, Torrance and Kaufert[50] emphasize the importance of reaching the "corporate rationalizers". These "rationalizers" play the role of coordinating and rationalizing health care. They are present in segments of the medical profession involved in planning and searching, such as government bureaucrats, health administrators and health planners. These are key actors to target in lobbying[51].

An example of dominance strategy is found when the Alberta Association of Midwives applied a second time for legal recognition. The Physician's College was clear about its position on the issue:

> "(Midwives) would be hospital employees on salary from global budget with dual responsibility to Chief of Obstetrics and to Director of Nursing. They would not function autonomously in private practice...[52]"

Another example of the second strategy by the dominant profession is when Alberta nurses attempted to incorporate midwifery practice in their profession. This attempt failed because of the bureaucratic branch that was committed to licensing new occupations to subdue the control of traditional health professions. Also, the government would not want to strengthen the nurse's association at the time, mostly because of the results of a successful illegal strike when conservative government was vulnerable to protest[53]. Socio-political factors and dynamics that are in place play an important role. Professional recognition has to be carefully planned.

5.5 Physician in Health Care: A Pressure Point

In British Columbia and Ontario, where the future development of midwifery is considered assured, funded, recognized, legalized and autonomous, obstacles still exist. In some Ontario communities, midwives still encounter efforts by doctors to maintain their labour-and-delivery caseloads. In British Columbia, hospital admission privileges are hard to obtain outside of Vancouver because of opposition from physicians on hospital boards.

The incorporation of midwives in hospitals is not always easy. The difference in group culture between the physicians and midwives makes collaboration difficult without prior sensitizing. Also, obstetricians and other specialists do not normally receive a fee if the consultation is not referred by a family physician. Therefore, if funds are not available when midwives refer their clients to obstetricians or other specialists, they are bound to face huge resistance from these health

---

[49] Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, page 49, in reference to Witz, page 105.

[50] 1983, page 420 in supra note 48 at page 4.

[51] Ibid.

[52] Supra, note 52, page 10.

[53] At the time, the government hoped to host the Winter Olympic Games that year and the strike created a negative image, supra, note 52 in reference to Day, 1993 pages 105-107.

physicians. In Alberta, even if midwifery is not publicly funded, these physicians receive fees in this situation thanks to Health Innovation Funds. Midwives were therefore included in certain regional health authorities. In July 2000, 5 of the 17 regional health authorities were drawing up plans for the incorporation of midwives into their hospital[54].

These examples demonstrate the importance of lobbying before implantation of midwives' services in order to develop a relation of collaboration with the dominant health professions.

In Alberta, the bureaucratic route was the only one possible in the political context. Midwives faced institutionalized power from the physicians and women's health was neglected. Male-dominated organizations had more tools and power to compete, as well as the support of the political system[55]. The only alternative was the bureaucratic route, where sympathetic people were found within the provincial government.[56]

5.6 Common Arguments Against Midwifery

Arguments made in other provinces against midwifery, by physicians[57]:

- Quality of care is most important, even if the service is not always one of "finesse"; instead of implementing midwives, efforts should be made toward improving hospital environment;
- Midwifery cannot guarantee the safety that doctors can; or
- Midwifery is a luxury service while other health care sectors are cutting costs.

Advocates and policymakers adopt the "more or less" concept. This means that, in the beginning, midwifery services are expected to cost more but that net savings will occur on a long-term basis. It is proven that better care for mothers and babies and more control over the birth process to mothers reduce maternal and neo-natal morbidity and mortality.

6. Access to Rural Communities

Midwives can contribute in providing prenatal care to women and families in rural areas. Women living in rural settings are often in a disadvantaged situation compared to less isolated women. Ensuring access to midwives in rural communities requires a sufficient number of midwives. Since the health authorities rule autonomously which health professionals they retain to be part of their team, some suggest that health authorities be put in a position where they would have to "opt out" of midwifery services:

> "..we would like to see that the various health regions would have to opt out of having a midwife (once they are regulated and registered) and provide the evidence to support why a midwife is not needed (e.g. no childbearing-aged women in their district) – that would take more work than opting in[58]".

Midwives' legislation does not force health authorities to include midwives on their team. Prior lobbying has to be done and an amendment to their governing regulation must include midwives as a primary health care provider. In fact, if a proposed bill encroaches on another existing legislation, it will not be approved at the review stage of the process.

---

[54] Mike Vlessides, Canmore, Alberta, Network/Le réseau, volume 2/3, CWHN, Spring-Fall 2003.
[55] Supra, note 52, page 9 in reference to Witz, 1992, at page 52.
[56] Ibid.
[57] Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1996, at page 25.
[58] Supra note 13.

According to a representative of the CAM, if funding support is offered through employment in regions of the province, as is the situation in medicine and other health professions, midwives might be encouraged to work there[59]. Also, in order to encourage health professionals to practice in rural or remote communities, access to hospital privileges and collaboration from other health practitioners is very important.

7. The Various Forms of Funding for Midwifery

Payment structures make an important policy statement about the legitimacy and autonomy of the midwifery profession and its status in relation with other health professions[60]. Payment mechanisms reflect the position and importance of midwives in the health care services. For example, when midwives are publicly funded, it makes a statement about the legitimacy of the profession and the value of midwifery services; it is recognized as an essential health service. If midwifery is funded from a separate budget (not affecting funds paying other health providers), midwifery is considered as an added "low risk, high touch, low-tech care" service[61].

Inevitably, funding raises questions: Is midwifery worthy of public funds? Is it economically wise? Does it contribute to well being in a global health perspective? Can it satisfy the need to reasonable access in health care?

[59] Supra note 15.
[60] Supra note 58.
[61] Ontario's Minister of Health, summing up the funding decision in Supra note 20 at page 24.

The following table presents a summary of various forms of funding.

Funding	Meaning
Public funding	Legitimacy of profession; new public accountability through licensing and regulation. Will create resistance from some physicians for fear of a precedent for autonomous nurse practitioners[62]
Caseload-contingent salary	Holistic care model as opposed to biomedical care model
Salary level	Pay equity with comparable professionals
Funding through a community health branch	Autonomy from medicine, nursing and hospitals that are funded through other branches of Health Department
Payment through a central transfer payment agency	Self-management of midwifery profession; consumer involvement
Eventual devolution to local transfer payment	New accountabilities for the midwives – either local needs, or a *de facto* "employer"

Source: Giacomini and Peters[63]

Resistance from physicians in Ontario was raised when forms of funding were examined. Some physicians "perceive that the midwifery programme "takes a piece of pie", by potentially diverting resources from the provinces capped physician budget[64]".

Ontario rejected the fee-for-service funding model in order to avoid direct comparison between midwives' and physicians' fees and services. The Task Force feared friction. The Health Minister agreed that payment by piecework would violate the holistic ethos of care. It is noted that there was also underlying economic concerns. In fact, this form of salary could create precedents for other non-physician professions and government costs would become more unpredictable[65].

The alternative to funding midwifery separately, through a Community Health Branch, is viewed as helping to ensure that the respective interests of midwives and other health care providers are intact[66]. Indeed Ontario and British Columbia have adopted a form of funding out of provincial health budgets. This type of funding has diminished the competition between traditional health care providers and midwives because the funding of midwifery is not done at the expense of other health professions. Also, both services are insured by the provincial health plans[67]. However, it has been observed that funding autonomy can also become a "barrier" between midwives and other providers and that funding autonomy

[62] In New Brunswick, the idea of giving more responsibilities to nurses in the community is already being explored by community services in a new model of care.
[63] Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996.
[64] Supra note 67, at page 18
[65] Supra note 67 at page 15.
[66] Ibid.
[67] Supra note 48, page 6

may prevent collegiality as teamwork[68]. Consequently, if funding comes from the general health budget, competition from health professionals will be fierce.

In Canadian provinces where legislation exists, funding has generally been settled before passing legislation. In fact, a Bill project cannot make a statement that would affect or encroach on another Act. For example, midwives' legislation could not prescribe that Medicare will pay for midwifery services. Payments have to be accepted in principle for future amendment of the Act governing Medicare. The amendment of governing acts enables midwifery to be paid by Medicare (if this alternative is chosen), or to obtain hospital privileges. The same applies for the Hospital Act, which has to be amended to include midwives in order to obtain hospital privileges. At the present time, no midwives in New Brunswick are included in hospital regulations. Therefore, no hospital privileges are available to midwives in the province.

In Ontario, the policy-making process of funding was characterized by a strong advocacy coalition, where personal support by key public figures and provincial health ministers was given. The collaborative work in Ontario involved lay- and nurse-midwives, well-organized consumer interest groups, physicians, legal experts and extensive public consultation.

In some provinces, funding of pilot projects was the first step toward permanent funding of midwives as a health care service. The Quebec Department of Health, facing opposition from traditional health professions and wanting to prevent a confrontation, chose to evaluate midwifery by route of pilot projects in out-of-hospital birthing centres instead of legalizing midwifery outright. Difficulties were encountered in evaluating the cost-effectiveness of these structures[69]. The political will and popular demand were not strong enough to justify immediate legislation. Pilot projects were a political compromise between the immediate legalization of midwifery and the status quo[70].

One person consulted suggested that MANB look into the funding structures of Manitoba[71]. According to Karen Kaufman, the structure of salaried midwives as part of community health centres can be more attractive to governments who are looking for a method of funding that will work for a small number of practitioners. Midwifery services in Manitoba are provided through the regional health authorities. As we know, a lot of energy is invested in community-oriented health services in New Brunswick. This model could be the most harmonious with our government's orientation. However, it will be important to protect the autonomy and scope of practice for midwives in such a structure. Midwives employed by a regional health authority provide services only to women in that jurisdiction and the Health Corporation has exclusive power to decide if and when they integrate midwifery in their services.

On this subject of funding through Regional Health Authorities, Rayment[72] raises important questions for midwives:

> "Is it possible, for instance, that Regional Health Authorities could choose to permit hospital births attended by midwives only, and eliminate home births due to the medical profession's persistent perception of risks? If they funded only hospital births, then they also have to grant admitting privileges and a Regional Health Authority can then choose to whom it will grant those privileges. It is possible that an experienced, fully trained registered midwife could be refused admitting privileges. That would mean that any client wishing for a home-birth would have to find a midwife operating "outside the system". She

---

[68] Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, page 14.

[69] Michael C. Klein, MD, *The Quebec Midwifery Experiment: Lessons for Canada, Canadian Journal of Public Health*, January-February 2000, page 5.

[70] Blais, Regis; Joubert, Pierre; L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, *Evaluation of the Midwifery Pilot Projects in Quebec: An overview, Canadian Journal of Public Health, January-February 2000, page I-1.*

[71] Consultation with Karen Kaufman, McMaster University, October 6, 2003

[72] Rayment, Pamela, *Funding crises looms over midwifery, Alberta women could lose the option to choose, Birth Issues, Fall 2001, page* 4

would be ineligible to qualify for provincial funding... unable to access any insurance support[73]".

Rayment recommends that the government fund midwifery care from the Health Care Insurance Plan, consistent with current practice in the other provinces that regulate midwifery. Midwifery care would then be added to the list of insurable services under the Health Care Insurance Plan. Midwifery Consumers of Alberta Network declares that adding midwifery care to insurable services would simply require making allowances to shift existing funding toward more cost-effective alternatives[74].

One person from the Government of New Brunswick suggested the possibility of having services covered by private insurance companies such as Blue Cross. However, this possibility must be carefully weighed because midwives could be considered as belonging to an alternative health profession such as acupuncture and massage therapy. Government never funds alternative health services.

Another form of funding consists of transferring funds to a local transfer payment agency from a central salary source. Some midwives fear that the local control of salaries would create a more employment-like relationship between midwives and transfer payment agencies and consequently, undermine their autonomy as practitioners[75].

7.1 Remuneration and Liability Insurance

Some midwives are remunerated by course-of-care, which includes prenatal care, infant delivery and postnatal care. Others rely on a fee-for-service model where midwives are free to practice (like physicians) wherever they wish. For others midwives, the form of remuneration is an annual salary, as in Quebec and Manitoba.

The fee-for-service care is compensation set by the government and included in a social contract. The compensation salary is conditional upon the primary responsibility of 40 cases plus assisting another midwife at 40 additional births. This concept is often referred to as the "40-40" caseload. If midwives assume fewer cases, their salary will be reduced proportionately. On the other hand, serving more clients is not seen as respecting 48 contact hours per case, the basis of the model of practice[76].

Manitoba midwives practicing in the model integrated in community health centres are covered for liability insurance by the government. However, independent midwives (not employed by government) in Manitoba still have to seek their own insurance in order to be registered with the College of Midwives and be permitted to practice.

In Quebec, the employers cover the liability insurance since no midwives are allowed to practice outside of the birth centres as employees.

For the provinces of British Columbia and Ontario, where the midwives are remunerated by course of care, the provincial government covers liability insurance. It seems that the insurance coverage is easier for midwives if the model of service is integrated in an existing health care structure where liability insurance is easier to procure. An example of a more difficult situation in the liability insurance domain is in Ontario where midwives, practicing in a fee-for-service structure, rely on the private insurance market. This market has the potential for ongoing problems partly because the government, having an independent relationship with midwives, does not assume a part of the risk if death or injury occurs.

One example of problems created by relying on private insurance is found in Alberta, when midwives were informed that their medical malpractice insurance (required for registration) was

---

[73] Ibid., page 4
[74] Midwifery Consumers of Alberta Network, *Midwifery Care in Alberta, executive summary, page 1.*
[75] Supra note 61, page 15.
[76] Ibid., pages 15 to 17.

increasing from $3,900 to $15,000. This increase represented over 30% of the annual practice revenues for some. In comparison, physicians' contributions to their medical malpractice insurance can be as little as 1% on annual earnings, being subsidized by Alberta Medical Association[77]. Finally, the provincial government announced a $200,000 subsidy, enough to cover the increase in a one-time government funding, in exchange for in-kind services from midwives. For the president of the Alberta Association of Midwives, this short-term solution did not ensure the future of midwives:

> "The fact remains that the increase in insurance premiums is more than midwives can absorb in their practice, the real issue is not insurance, though that is important too. The fundamental issue is provincial funding of midwifery care as an insured health service[78]".

In Saskatchewan, no public funding for liability insurance exists.

8. Upcoming Events of Importance for Midwifery

The following two upcoming events are of importance and could offer useful information for the development of midwifery in New Brunswick.

- The Atlantic Centre of Excellence for Women's Health is working on involving the region in pushing for midwifery legislation and how to combine provincial resources regionally. They are planning for a spring 2004 meeting, using the findings from provincial meetings to develop an agenda.

- A Canadian Midwifery Regulators Consortium (CMRC) made up of midwife regulators has recently been formed. A national consultation will take place and meetings are forthcoming. This consortium includes registrars and board representatives of all 5 provincial midwifery regulators. Their mandate is to facilitate the mobility of registered midwives across Canada through the implementation of the *Agreement on Mobility for Midwifery in Canada* (March 2001) to advocate nationally for legislation, regulation and standards of practice that support access to a high standard of midwifery care across the country. Also, their mandate encompasses to provide a forum for Canadian midwifery regulators to discuss issues of mutual concern. The CMRC is the only organization able to implement a successful national assessment strategy for foreign-educated midwives[79].
- In prevention of a health care crisis in maternity care, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada has submitted a proposal entitled "Collaborative Maternity Care Proposal" to Primary Health Care Transition Funds of Health Canada. The proposal will focus "in particular on the objective to establish interdisciplinary health care teams of providers, so that the most appropriate care is provided by the most appropriate provider (Excerpt from the proposal)". The creation of knowledge base, promotion of public awareness and education, development of a supportive network proposed in this model is based on a partnership between key interveners such as the Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada, National Aboriginal Health Organization, Society of Rural Physicians of Canada, Association of Women's Health Obstetrics and Neonatal Nurses. One of the proposed goals of the submission is to support regulation, funding, integration and education of an independent and autonomous midwifery profession in Canada.

---

[77] Rayment, Pamela, *Funding crises looms over midwifery, Alberta women could lose the option to choose, Birth Issues, Fall 2001, page 1.*
[78] Ibid.
[79] College of Midwives of British Columbia, *Canadian Midwifery Regulators Consortium – Application for HRDC Developmental Project Funding*, Concept paper, 2003.

9. Action Plan For Regulation of Midwifery in New Brunswick

It is essential for an association to have a coordinated and efficient team effort. A work plan is an important tool to achieve the goals and present an organized and united front.

One key element is education and sensitization of key persons and the public in general. Every contact for the research of this document has revealed an important need on this level. For example, everyone associates midwives with nurses.

Some organizations hire a person responsible for the coordination and planning of the work plan activities, to assure continuity.

One positive element is that there is some receptiveness from key persons in the provincial government. A need for support in labour and delivery services has been identified within the Department of Health and Wellness and midwifery has been discussed. Because of concerns for support in labour and delivery services in Campbellton, midwifery has been discussed with the Medical Society and a contact person was identified in that region[80].

The Health Renewal Report of Health in New Brunswick[81] mentions the need for a feasibility study for midwifery in New Brunswick. This recommendation, made to the Premier of New Brunswick, does not commit the government. However, this could be a point of entry for midwives in New Brunswick. The fact that the recommendation was made demonstrates an interest in midwifery. No follow up on the feasibility study has been done. The Deputy Minister for Health and Wellness is the recommended contact person.

9.1 General Orientations

Suggestions for developing a work plan:

- Look into strategies on how to change public policies;
- Pursue dialogue between midwives to reach consensus on framework for regulation in NB
- Look into different scenarios in other provinces in order to strategically plan regulation of midwifery in New Brunswick;
- Elaborate a work plan including a timeframe and persons responsible;
- Elaborate a formal presentation addressing points like:
  - Resistance from dominant professions;
  - High intervention rates;
  - Failure to match international best practices;
  - One to one continuity of midwifery care to lower intervention rates;
  - Cost effectiveness;
  - Safety protocols;
  - Myths and concerns to be addressed;
  - Contribution to women's health in rural areas;
  - Benefits for socio-economically disadvantaged women and benefits for the health system;
- Dialogue with health and wellness representatives;

[80] Lynn Kelly, from Campbellton Hospital.
[81] Government of New Brunswick, Health Renewal, Report from the Premier's Health Quality Council, January 2003, page 120.

- Elaborate a framework to present to government (refer to recent NWT framework for an example);
- Dialogue with the New Brunswick Advisory Council on the Status of Women.

9.2 Ideas for Activities in Work Plan

- Lobby key ministers and CEO's of Regional Health Authorities;
- Lobby MLA's (on subjects like funding, amending legislation to obtain funding, hospital privileges, inclusion of midwives in the health care system);
- Work on augmenting membership of MANB[82];
- Develop a media communication strategy to raise public awareness;
- Apply for financial support for the production of a video on midwifery to use as a tool when meeting public groups;
- Obtain support from different women's groups and ask to make a presentation at their meetings (example: Fédération des femmes canadiennes françaises, Dames d'Acadie, ACSW, etc.);
- Explore possibilities for funding to obtain support in implementing the work plan;
- Explore alternatives for funding of a feasibility study as recommended in the provincial report Renewal Health Care (example: Santé Canada, Quebec-New Brunswick exchange, Health and Wellness, etc.); and
- Have the working draft of regulations revised by a lawyer.

9.3 Targeted Results

- Inform and sensitize government;
- Provide a forum where all stakeholders (advisory committees, policy and decision makers, front-line primary health care providers, community representatives) can discuss and recommend on matters related to midwifery, including funding and model of care (example: elaborate a framework to propose to the government);
- Reform maternity services with a view to ensuring that pregnant women have the option of accessing primary care from a qualified and registered community midwife within public health system;
- Develop a policy on maternity service and implement a framework that addresses structural reforms such as funding, legislation, standards of care and liability insurance;

[82]In relation to membership and representation, Mr. Debly mentioned the importance of representation when the application is reviewed for private legislation. It is important that consumers show a demand for midwives. Prince Edward Island has had the same response from the Health and Social Services according to literature in Canadian Association of Midwives, Across Canada.

- Obtain government commitment to fund and expand community midwifery services in response to consumer demand for these services;
- Emphasize community management for community midwifery programs to be established in all other regions; offer women the choice to deliver in various settings;
- Encourage government to work with MANB to eliminate policy and legislative barriers so that midwives will be able to practice with the necessary tools (access to hospital, tests, medication, etc.);
- Revise the Medicare schedule to include midwives as recognized health care providers; and
- Implement necessary legislative changes to enable midwives to order tests and prescribe drug therapy.

10. Resource Persons Consulted

Rachel Bard, ex officio Deputy Minister of the N.B. Department of Health and Wellness

Loredana Catalli Sonier, Clerk of the Legislative Assembly, Fredericton

Jason Debly, Deputy Director, Health Legislation and Professional Legislation, Department of Health and Wellness in New Brunswick

Norma Dubé, Executive Director, Women's Issues (Branch) and policy advisor for the Health Renewal Report from the Premier's Health Quality Council

Jennifer Ayer, President of Midwives Association of New Brunswick

Kim Campbell, Canadian Association for Midwives (CAM)

Jane Kilthei, Registar, College of Midwives of BC

Eileen MacKenzie, Midwives Association of Saskatchewan

Karen Kaufman, Assistant Dean, Midwifery Education Programme, McMaster University.

Gisela Becker, Midwives Association of the Northwest Territories and Nunavut

Pearl Herbert, Memorial University, Newfoundland, Officio member of Midwifery Implementation Committee and Chairperson of the Scope of Practice Subcommittee.

Bibliography

McKendry, R., Langford, T., *Legalized, regulated, but unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Abstract, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Department of Sociology, University of Calgary, Alberta, Canada.

Government of New Brunswick, Health Renewal, Report from the Premier's Health Quality Council, 2002.

Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1996. (Written Authorization has been obtained from the author for citations and quotations in the present work).

Rayment, Pamela, *Funding crises looms over midwifery, Alberta women could lose the option to choose, Birth Issues, Fall 2001, page 1.*

All Canadian legislation on midwifery (refer to legislation binder also submitted)

Legislative Assembly of New Brunswick

Legislative Assembly of Ontario

Legislative Assembly of Alberta

All websites of midwives Association in Canada and related documentation

All websites of College of Midwives in Canada and related documentation

CAM website

All Canadian legislation and regulation related to midwives

College of Midwives of British Columbia, *Canadian Midwifery Regulators Consortium – Application for HRDC Developmental Project Funding*, Concept paper, 2003.

Michael C. Klein, MD, *The Quebec Midwifery Experiment: Lessons for Canada, Canadian Journal of Public Health*, January-February 2000

Blais, Regis; Joubert, Pierre; L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, *Evaluation of the Midwifery Pilot Projects in Quebec: An overview, Canadian Journal of Public Health, January-February 2000.*

Midwifery Across Canada, Association for Safe Alternatives in Childbirth, 2001

History of Midwifery in British Columbia (source: Kate Nicholl)

Gisela Becker, *Report from the Midwives Association of the NWT and Nunavit,* available on CAM website

Catherine de Cent, *Where have all the midwives gone? The Newfoundland and Labrador Experience*, available on cwhn.ca

Current midwifery situation in Canada, available on ucs.mun.ca/pherbert/number8.thml

Breitkreuz, L., Ellis, C. from Midwives Association of Saskatchewan, Moon, M. from the Traditional Midwives Collective, Hanson, C. from The International Midwifery Day Committee, *Les soins prodigés par les sages-femmes: experiences, espoirs et réflexions de femmes*, Bulletin de recherché, volume 1, Numéro 2, Hiver 2001.

Bulletin de recherche, *La privatisation et la santé des femmes au Canada: suivi des répercussions de la réforme des soins de santé,* Volume 1, Numéro 2, Hiver 2001.

Kornelsen, J., Carty, E., *Les défis d'intégration: perspectives sur le règlement sur la profession de sage-femme en Colombie-Britannique,* University of British Columbia, School of Nursing, Volume 1, Numéro 2, Hiver 2001.

Canadian Midwifery Regulators Consortium *Regulated Midwifery and the Future of Health Care in Canada,* Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada, 2001.

Bourgeault, I., L., *Les sages-femmes se mettent au monde: L'intégration de la profession de sage-femme au système de santé canadien,* Le Réseau, Volume 2, no. 3, Été 1999.

History of Midwives, Source : MANB.

Gouvernement du Manitoba, *La loi sur les sages-femmes entre en vigueur aujourd'hui,* Communiqué, juin 2000.

College of Midwives of Manitoba, *Standard for Consultation and Transfer of Care, Standard for use of a Second Attendant, Code of Ethics, Scope of Practice,* available at www.midwives.mb.ca.

Association of Midwives, NWT *Midwifery Practice Framework,* 2003.

Hawkin, M., Knox, S., *Canadian midwifery is still defining itself, on mother,* Network, Spring-Fall 2003.

Becker, G.; Paulette, L., *Events Leading to Present Situation in Maternity Care, Informed* Choice with Focus on Rural and Northern Midwifery in the NWT, October 2003.

Midwifery Consumers of Alberta Network, *Midwifery Care in Alberta, executive summary.*

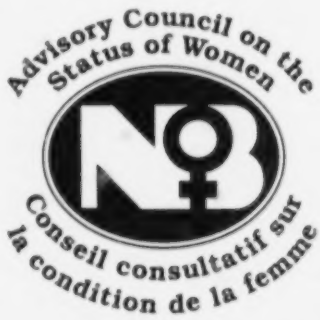
Government of Newfoundland, *Challenging Responses to Changing Times, New Proposals for Occupational Regulation,* Publications, 1997 ("the white paper").

L'Ordre des Sages-Femmes du Québec: Bientôt quatre ans, *Fonctionnement et perspectives, État de situation,* Office des professions du Québec, Février 2003.

Videos:

What Midwives Do, Midwifery Coalition of Nova Scotia

Born in the USA



Sages-femmes au Nouveau-Brunswick

Prestation d'un nouveau service

Mémoire préparé pour le
Conseil consultatif sur la condition de la femme
du Nouveau-Brunswick

Décembre 2003

Une publication du

Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick

Décembre 2003

D^re^ Mary Lou Stirling, présidente
Rosella Melanson, directrice générale

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick, créé par une loi provinciale, a le mandat d'étudier les dossiers relatifs à la condition féminine, de conseiller le gouvernement du Nouveau-Brunswick et de porter à l'attention du public et du gouvernement les questions relatives aux femmes. Le Conseil est constitué de 13 femmes nommées par le gouvernement, qui se rencontrent au moins quatre fois par an pour adopter des recommandations sur les mesures à prendre par rapport aux questions féminines.

236, rue King, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 1E2
1 800 332-3087; 506 444-4101
Télécopieur : 506 444-4318
Courrier électronique : acswcccf@gnb.ca
www.acswcccf.nb.ca

Sages-femmes au Nouveau-Brunswick – Prestation d'un nouveau service
ISBN 1-55396-156-0
Décembre 2003

Remerciements :

Recherche et rédaction : Lise Mazerolle, consultante
Révision : Rosella Melanson

This document is also available in English: *Midwives in New Brunswick - Delivering a New Service*
ISBN 1-55396-155-2

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ 4

Mandat et présentation du document 5
1. Profession de sage-femme: situation actuelle 6
2. Modèle législatif pour le N.-B. : Une loi propre à la profession 7
2.1 Expériences canadiennes 7
2.2 « Loi-cadre » ou « loi omnibus » 8
2.3 « Loi fourre-tout » 9
2.4 Profession de sage-femme et la Loi sur les infirmières et infirmiers 9
Lois canadiennes 11
3. Processus lié aux lois d'intérêt privé au Nouveau-Brunswick 12
Schéma I Projet de loi d'intérêt privé : processus 13
3.1 Processus d'examen du ministère de la Santé et du Mieux-être 15
Schéma II Processus d'examen des lois d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé 16
3.2 Qu'est-ce qu'un règlement? 17
3.3 Qu'est-ce qu'un règlement administratif? 18
3.4 Exigences du ministère en matière de législation 19
4. La législation habilite-t-elle les sages-femmes à négocier le financement? 20
5. Modèle politique privilégié pour la réglementation des sages-femmes 20
5.1 Mesures législatives adoptées dans les autres provinces 22
5.2 L'expérience de l'Alberta : leçon pour les sages-femmes 24
5.3 Argument fondé sur le « choix de la consommatrice » 25
5.4 Stratégies courantes pour empêcher la profession de sage-femme 25
5.5 Médecins dans les soins de santé : source de tension 26
5.6 Arguments courants contre la profession de sage-femme 27
6. Accès aux collectivités rurales 28
7. Différents modes de financement de la profession de sage-femme 28
7.1 Rémunération et assurance responsabilité 31
8. Activités importantes à venir 33
9. Plan d'action pour la réglementation de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick 33
9.1 Orientations générales 34
9.2 Idées pour les activités du plan de travail 35
9.3 Résultats visés 35
10. Personnes-ressources consultées 36
Bibliographie 37

RÉSUMÉ

Sages-femmes au Nouveau-Brunswick – Prestation d'un nouveau service

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick tenait à définir les options possibles pour le financement des sages-femmes du N.-B. et leur intégration dans le système de soins de santé du N.-B. Le présent document propose des lignes directrices pour la planification des services de sage-femme, fondées en grande partie sur l'expérience des autres provinces du Canada.

Dans son rapport de 2002, intitulé *Renouvellement du système de santé*, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé appuie l'idée de mettre en place des sages-femmes au N.-B., et il recommande que le ministère de la Santé et du Mieux-être réalise une étude de faisabilité sur l'introduction de la profession de sage-femme au N.-B. Le rapport mentionne la pénurie d'obstétriciens, le nombre de plus en plus restreint de médecins de famille qui font les accouchements et l'appui des femmes à l'égard du concept.

Selon l'expérience des autres provinces, il est essentiel de créer une loi sur la profession de sage-femme (ou un organisme de réglementation autonome relevant d'une loi-cadre qui comporte des règlements distincts) pour assurer la survie de la profession de sage-femme à titre de profession de la santé reconnue. Il n'est pas recommandé d'incorporer la loi sur la profession de sage-femme à la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, c'est-à-dire de créer une loi fourre-tout. Les gouvernements des provinces de l'Atlantique semblent opter pour une « loi fourre-tout », qui prévoit la mise en place d'un seul organisme de réglementation et d'une loi régissant toutes les « pratiques alternatives de la santé ». La profession de sage-femme, cependant, n'est pas une pratique alternative de la santé.

La réglementation de la profession de sage-femme sans financement public n'est pas une option viable. La réglementation exige que les sages-femmes versent des primes élevées d'assurance responsabilité, des droits d'adhésion et des frais de réglementation. À moins d'exercer des pressions avant l'adoption d'une loi, il est peu probable que des fonds seraient alloués.

La reconnaissance d'une profession exige la participation du gouvernement. Il est important d'atteindre les « organisateurs gouvernementaux » qui s'occupent des services de santé. Les personnes-ressources avec qui on a communiqué au cours de la recherche qui a abouti au présent document ont révélé que les personnes clés et le public avaient besoin d'être renseignés. Tout le monde, par exemple, associe les sages-femmes aux infirmières. Toutefois, des personnes clés au sein du gouvernement provincial sont ouvertes à l'idée de la profession de sage-femme, qui n'est pas encore reconnue par le milieu des soins de santé et par le grand public au N.-B. Dans les autres provinces où la profession a été réglementée, le débat public a constitué une phase importante du processus.

Mandat et présentation du document

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme (CCCF) du Nouveau-Brunswick a commandé une étude sur l'intégration de la profession de sage-femme dans les professions offrant des soins primaires au Nouveau-Brunswick. En 2003, l'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick (ASFNB) était dans une situation de prise de décision. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick avait informé l'ASFNB qu'il attendrait de recevoir une proposition législative avant de prendre un engagement. Le ministère les avait orienté vers la greffière de l'Assemblée législative pour des renseignements sur le processus d'un projet de loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé. L'Association et le Conseil consultatif ont voulu recueillir des renseignements afin d'évaluer les moyens qui permettraient de se rendre au but visé, soit des soins publics de sages-femmes au N.-B. Les services d'une consultante ont été retenus pour les tâches suivantes :

- Explorer des moyens de financer les sages-femmes et de les intégrer dans le système de soins de santé;
- Étudier le processus législatif et les conséquences de proposer un projet de loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé.

Étant donné que la recherche a permis de recueillir certains renseignements, le présent document propose, à la section 9, des orientations générales pour un plan d'action.

Le présent rapport a pour objectif principal de fournir des lignes directrices et des orientations générales pour planifier les services des sages-femmes au Nouveau-Brunswick. Il se fonde en grande partie sur l'expérience des autres provinces canadiennes. Il est évident que d'autres études et d'autres efforts coordonnés seront nécessaires avant de recommander au gouvernement un cadre d'exercice et un modèle de financement pour la profession de sage-femme. L'information contenue dans le présent rapport se base également sur les renseignements fournis par des personnes-ressources et des auteurs.

Le présent rapport ne constitue ni un avis juridique ni une étude universitaire. Il a été conçu comme document de référence en vue des consultations et des délibérations sur la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Son contenu est le produit des renseignements et des opinions recueillis auprès de personnes-ressources ou dans la documentation[1].

[1] Voir le nom des personnes consultées à la section 10 du rapport.

1. Profession de sage-femme: situation actuelle

À l'heure actuelle, les sages-femmes du Nouveau-Brunswick choisissent souvent de quitter la province pour exercer dans les provinces où la profession est réglementée. Leurs services ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie, et elles n'ont pas de droits hospitaliers. Il est difficile pour les sages-femmes d'exercer leur profession dans une telle situation.

L'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick (ASFNB) a été formée en février 2002 et regroupe les sages-femmes et les consommatrices. Un groupe distinct de consommatrices a été mis sur pied en 2003.

Pendant la durée de l'étude du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, c'est-à-dire de janvier 2000 à janvier 2002, l'ASFNB a recommandé que la profession de sage-femme fasse l'objet d'un examen. Dans son rapport final, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé a appuyé l'introduction de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick « pour assister les médecins dans les grossesses et les accouchements à faible risque. La notion est d'autant plus pertinente si l'on considère la pénurie et l'âge moyen des obstétriciens, le nombre de plus en plus restreint de médecins de famille qui font des accouchements et le soutien des femmes à l'égard du concept. » Le Conseil a recommandé que le ministère de la Santé et du Mieux-être entreprenne une étude de faisabilité sur l'introduction de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Cette étude n'a pas encore été lancée.

Un représentant du ministère de la Santé et du Mieux-être a récemment demandé l'ASFNB de travailler avec l'association provinciale des infirmières pour légiférer la profession[2]. Cette perspective de la profession de sage-femme ne correspond pas aux tendances nationales et internationales en matière de réglementation et d'exercice.

L'ASFNB est signataire d'un accord de reconnaissance mutuelle auquel participent tous les organismes de réglementation et les associations non réglementées du Canada. Cet accord, qui établit les conditions dans lesquelles une sage-femme autorisée à exercer dans une province peut être reconnue dans une province signataire, est en conformité avec le chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur, intitulé « Mobilité de la main-d'œuvre »[3]. L'ASFNB a aussi des liens avec l'Association canadienne des sages-femmes, y compris les associations des provinces où la profession est réglementée. La philosophie de l'ASFNB est conforme à la définition de la Confédération internationale des sages-femmes, de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et de l'Organisation mondiale de la santé. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada appuie aussi les sages-femmes. Sa déclaration de principe fait état de son appui à l'égard de la profession de sage-femme :

« …la poursuite des mesures entreprises pour faire de la profession de sage-femme, au Canada, une profession réglementée, financée par les deniers publics et donnant accès à la pratique en milieu hospitalier[4] ».

De plus, la déclaration de la Société concernant la formation des sages-femmes, le choix du lieu d'accouchement et l'intégration des sages-femmes dans l'équipe des services de santé correspond à la

---

[2] Site Web de l'ASFNB, www.manb-asfnb.ca.

[3] Midwifery Consumers of Alberta Network, *Midwifery Care in Alberta, executive summary*, p. 1.

[4] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Déclaration de principe de la SOGC – La profession de sage-femme*, mars 2003. Voir le site http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/index_f.shtml (cliquer sur « Directives cliniques », ensuite sur « Explorer notre bibliothèque » et enfin sur « Général » dans la liste des titres qui se trouve dans le haut de la page. Défiler vers le bas jusqu'à la déclaration de principe n° 126, publiée en mars 2003).

philosophie de l'ASFNB et à son champ d'activité. Par ailleurs, l'organisation provinciale des obstétriciens et des gynécologues reste silencieuse sur la question.

La profession de sage-femme n'est pas encore reconnue par le milieu des soins de santé et le grand public au Nouveau-Brunswick. Dans les provinces où la profession est réglementée, le débat public a constitué une phase importante du processus.

2. Modèle législatif pour le N.-B. : Une loi propre à la profession

Lorsque l'intérêt public est en jeu, la réglementation est nécessaire. Selon un livre blanc publié par le gouvernement de Terre-Neuve[5], le gouvernement peut utiliser divers moyens de réglementation. Il peut, par exemple, décider de surveiller les activités d'une profession en établissant un conseil spécial ou en nommant un fonctionnaire chargé de la surveillance. Il peut aussi approuver l'auto réglementation en légiférant.

Habituellement, l'auto réglementation habilite l'organisme de réglementation en lui accordant certains droits : le droit d'établir les normes relatives à l'exercice de la profession, le droit d'admettre les praticiens qualifiés et le droit d'imposer des mesures disciplinaires aux membres. L'organisme de réglementation est habituellement un conseil ou un organisme de délivrance de permis qui supervise les activités de la profession. Pour le public, l'auto réglementation présente l'avantage de réduire les impôts, vu que les praticiens recouvrent les frais liés à la réglementation. Pour les praticiens, les avantages sont le degré d'indépendance et de reconnaissance qu'ils acquièrent, ainsi que l'option d'établir leur propre barème tarifaire pour leurs services[6].

D'après certains auteurs[7], les gouvernements au Canada ne tiennent pas tellement à accorder le droit exclusif d'offrir un service dans le cadre de régimes auto réglementés. Un processus d'*agrément* ou de *protection du titre* est la voie privilégiée lorsque vient le temps de réglementer une profession. Cependant, si un risque grave de préjudice est associé à la profession, les gouvernements peuvent envisager de réglementer la profession en légiférant.

Le présent document a pour objectif d'analyser et de considérer toutes les perspectives pour en arriver à un cadre viable qui convient à la majorité. Il est important de lancer un dialogue sur la façon de réglementer et de financer la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Si les sages-femmes de la province optent pour la législation, elles pourront choisir entre plusieurs modèles.

2.1 Expériences canadiennes

La réaction des autres provinces est unanime : une loi sur la profession de sage-femme ou un organisme de réglementation autonome relevant d'une loi-cadre comportant des règlements distincts est essentiel à la survie de la profession de sage-femme à titre de profession de la santé reconnue.

Il n'est pas recommandé d'incorporer la profession de sage-femme à la *Loi sur les infirmières et infirmiers* ou à une loi fourre-tout (explication supplémentaire dans le présent document).

---

[5] Gouvernement de Terre-Neuve, *Challenging Responses to Changing Times, New Proposals for Occupational Regulation*, publications, 1997 (« livre blanc »), p. 2.
[6] *Ibidem*, p. 2-3.
[7] *Ibidem*, p. 8.

Cette mesure, qui ne vise pas le même objectif qu'une loi-cadre, voudrait dire que les sages-femmes seraient subordonnées aux infirmières. Le champ d'activité de la sage-femme n'est pas le même que celui de l'infirmière.

Les deux sections qui suivent offrent des renseignements de base sur les modèles législatifs.

2.2 « Loi-cadre » ou « loi omnibus »

L'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario définit la loi-cadre comme suit :

> [Traduction] « La Colombie-Britannique et l'Ontario relèvent toutes deux de lois-cadres… chaque profession a ses propres pouvoirs administratifs et suit ses propres lignes directrices professionnelles (ce qui peut être nécessaire pour l'assurance responsabilité)[8] .»

La présence d'un organisme de réglementation respectif est une distinction très importante, la profession de sage-femme n'étant alors pas subordonnée à une autre profession dans la loi. Il s'agit d'une profession égale dotée d'un organisme de réglementation autonome. Pour obtenir de l'assurance responsabilité, il est important d'avoir des organismes de réglementation autonomes pour chaque profession afin de mieux gérer les risques associés à l'exercice.

À Terre-Neuve, les sages-femmes ont refusé la proposition du gouvernement visant l'inclusion des sages-femmes dans une loi-cadre.

Les lois régissant les professions de la santé sont un peu plus complexes en Ontario. Dans les autres provinces, en général, chaque profession réglementée a sa propre loi. En Ontario, les professions de la santé dont les modes d'exercice sont étroitement reliés ont été regroupées sous une loi-cadre (*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*). L'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario explique le concept d'une loi-cadre comme suit :

> [Traduction] « En plus de la loi propre à la profession (*Loi de 1991 sur les sages-femmes*), il existe une loi-cadre qui s'applique également à toutes les professions réglementées. C'est ce qu'on appelle la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. L'annexe 2, le Code des professions de la santé (le Code), représente un aspect important de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*[9]. »

Il faut tenir compte du Code des professions de la santé, de la « loi maîtresse » (*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*) et de la loi propre à la profession (*Loi sur les sages-femmes*) pour comprendre la façon dont la profession de sage-femme est réglementée. La *Loi de 1991 sur les sages-femmes* renferme une disposition selon laquelle le Code des professions de la santé en fait partie intégrante. Chaque profession de la santé relevant de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* a cette disposition spéciale dans sa loi, ce qui fait que toutes les professions de la santé sont réglementées par le même code.

Les provinces consultées à ce sujet sont unanimes : il vaut mieux adopter une loi propre à la profession pour les sages-femmes. Certaines ont également fait allusion à l'expérience des sages-femmes du Royaume-Uni, où les lois-cadres n'ont pas été bénéfiques, car les sages-femmes ne disposaient pas d'un organisme de réglementation distinct et étaient régies par d'autres professions de la santé. Cela est contraire à la philosophie des sages-femmes au Canada.

---

[8] Communication avec Pearl Herbert, Université Memorial, le 2 octobre 2003.
[9] Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, lois. Voir le site Web www.Collegept.org.

2.3 « Loi fourre-tout »

Selon les personnes-ressources consultées dans le cadre de la recherche menée pour le présent rapport, les gouvernements des provinces de l'Atlantique semblent avoir un penchant pour le genre de loi que l'on désigne « loi fourre-tout ». Une loi fourre-tout est essentiellement une loi qui prévoit un seul organisme de réglementation régissant toutes les « pratiques alternatives de la santé ». Le terme « alternatives » a ici une importance clé, puisque le gouvernement ne finance jamais les pratiques alternatives de la santé. Par définition, la sage-femme fournit des soins primaires, au même titre que les infirmières ou les médecins. La profession de sage-femme n'est pas une pratique alternative de la santé.

Le fait que le comité disciplinaire dans une telle structure ne serait pas composé principalement de sages-femmes a tout autant d'importance. Par conséquent, il pourrait être impossible de se munir d'une assurance responsabilité vu que les sages-femmes ne seraient pas en mesure de garantir une gestion efficace des risques dans une structure où, par exemple, un seul organisme de réglementation serait appelé à gérer les risques associés à 28 différentes pratiques alternatives de la santé.

Selon un employé du service juridique du ministère de la Santé et du Mieux-être[10], le gouvernement pourrait avoir de la difficulté à adopter ce genre de loi si les sages-femmes s'y opposaient fortement.

2.4 Profession de sage-femme et la Loi sur les infirmières et infirmiers

Selon un récent reportage, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick serait d'avis que les sages-femmes doivent être intégrées dans la *Loi sur les infirmières et infirmiers*[11]. Ce concept pose des problèmes sur deux plans. Premièrement, les sages-femmes ne sont pas toutes des infirmières et, deuxièmement, le champ d'activité des sages-femmes est différent de celui des infirmières. En fait, ce concept est contraire à la définition internationale d'une sage-femme, et l'Association canadienne des sages-femmes ne l'accepte pas. Il sera impossible pour les sages-femmes d'obtenir le titre de sages-femmes autorisées si elles relèvent d'une loi sur les infirmières. Si elles ne peuvent pas être autorisées après leur intégration dans une loi sur les infirmières, comment pourront-elles exercer selon le champ d'activité de leur profession? Les infirmières conçoivent souvent le travail des sages-femmes comme étant dirigé par une infirmière[12].

Il a été démontré dans plusieurs endroits du monde qu'il n'est pas nécessaire pour les sages-femmes d'être des infirmières. Dans les pays où les sages-femmes ont été intégrées dans une loi sur les infirmières, comme en Australie, des efforts sont déployés pour changer la situation[13]. Un processus visant une « profession infirmière de sage-femme » isolerait le Nouveau-Brunswick des autres provinces du Canada, puisqu'il n'est pas conforme au modèle canadien.

L'inscription directe est la tendance mondiale en ce qui concerne la formation des sages-femmes. Les écoles ou les facultés de sciences infirmières ne participent pas aux cinq programmes canadiens de formation des sages-femmes comme les cours communs avec

---

[10] Conversation avec Jason Debly, avocat de la Section de la législation de la santé et de la réglementation des professions du ministère de la Santé et du Mieux-être.

[11] Madeleine Blanchard, « Les sages-femmes cherchent à légaliser leur profession », *L'Acadie Nouvelle*, le 5 août 2003.

[12] Communication avec Pearl Herbert, Université Memorial, le 2 octobre 2003.

[13] Communication avec Pearl Herbert, note 13 ci-dessus. Voir aussi *Act Separating Nurses and Midwives*, à l'adresse http://www.health.nsw.gov.au/csd/llsb/nursereview/index.html.

d'autres fournisseurs de soins primaires, dont les écoles de sciences infirmières, de médecine, etc.[14]

Le fait que Développement des Ressources Humaines Canada a financé et appuyé un accord de réciprocité mutuelle signé par tous les organismes de réglementation du Canada vient aussi appuyer le modèle néo-brunswickois de la profession de sage-femme. Le modèle de soins présenté dans cet accord va dans le sens de la philosophie et du champ d'activité de la sage-femme partout au Canada.

[14] Communication avec Kim Campbell, Association canadienne des sages-femmes (ACSF), le 7 octobre 2003.

Lois canadiennes

Le tableau qui suit présente un résumé des lois canadiennes, du nombre de sages-femmes au moment de l'entrée en vigueur de la loi et à l'heure actuelle, de même que de la présence ou de l'absence de fonds.

C.-B.	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Québec
En 1995, une loi-cadre, la *Health Professions Act*, donne aux sages-femmes leur propre organisme de réglementation et leurs propres règlements.	En 1995, une loi-cadre, la *Health Disciplines Act*, donne aux sages-femmes leur propre organisme de réglementation et leurs propres règlements.	En 1999, une loi distincte, *Act Respecting Midwives*, a été adoptée, mais elle n'est pas en vigueur[15].	En 2000, une loi distincte, la *Loi sur les sages-femmes* a été adoptée, ainsi que son règlement.	En 1994, une loi distincte est entrée en vigueur, la *Loi de 1991 sur les sages-femmes*, avec ses propres règlements et l'application du Code des professions de la santé dans les limites d'une loi-cadre.	En 1999, une loi distincte, la *Loi sur les sages-femmes*, est entrée en vigueur.
Nombre de sages-femmes autorisées au moment de l'entrée en vigueur de la loi : 24 Nombre actuel : 82	Nombre de sages-femmes au moment de l'entrée en vigueur de la loi : 24. Nombre actuel : 17	Cinq sages-femmes exercent la profession, mais le processus d'édiction et de mise en œuvre a été mis en suspens en attendant la résolution des questions de financement[16].	Nombre de sages-femmes autorisées au moment de l'entrée en vigueur de la loi : 11. Nombre actuel : 30	Nombre de sages-femmes autorisées au moment de l'entrée en vigueur de la loi : 62. Nombre actuel : 237	Nombre de sages-femmes autorisées au moment de l'entrée en vigueur de la loi : 76. Nombre actuel : 57
Financement public	Aucun financement	Aucun financement n'a encore été promis; processus législatif en cours.	Financement public	Financement public	Financement public

Source : Pearl Herbert, *A Summary of the History of Midwives in Canada*, Université McMaster, septembre 2003.

[15] Voir le schéma I pour avoir plus de renseignements sur le processus législatif.
[16] Voir le schéma I pour avoir plus de renseignements sur le processus législatif.

3. Processus lié aux lois d'intérêt privé au Nouveau-Brunswick

Le processus lié aux projets de loi d'intérêt privé diffère sensiblement de celui qui régit les projets de loi d'intérêt public.

Les projets de loi d'intérêt public portent sur des questions d'ordre public, ont habituellement une application et un caractère généraux et sont déposés par un ministre ou un député.

Les projets de loi d'intérêt privé portent sur des questions qui sont en faveur ou dans l'intérêt particulier d'une personne ou d'un groupe de personnes et sont le moyen par lequel un membre du public peut déposer un projet de loi en présentant une requête à l'Assemblée législative. Les projets de loi d'intérêt privé accordent un statut privilégié. Essentiellement, cela veut dire que les projets de loi d'intérêt privé constituent une exception au droit commun, alors qu'une personne, une association, un organisme, une entreprise, une municipalité ou une autre autorité locale cherche à obtenir un privilège spécial nécessitant la sanction législative. La législation peut seulement être créée par voie d'un projet de loi d'intérêt privé[17].

Selon les personnes consultées, le processus lié à un projet de loi d'intérêt privé peut s'étendre sur deux ou trois ans. Avant de présenter un projet de loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé à l'Assemblée législative, il est important de consulter les autres parties intéressées pour discuter des enjeux. En fait, l'Assemblée législative doit s'assurer que les mesures législatives en question ne porteront aucun préjudice à d'autres droits ou intérêts. Cette préoccupation est abordée par voie de publication d'avis et de comparutions devant le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé (étape 8 du schéma II). S'il reste des questions non résolues, il est possible que la demande visant un projet de loi d'intérêt privé soit retardée après son dépôt à l'Assemblée législative.

En effet, une fois que le projet de loi d'intérêt privé a été déposé à la Chambre pour une première lecture, il est renvoyé au Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé, comme le montrent les schémas I et II ci-dessous. À cette étape, ceux qui sont en faveur du projet de loi et ceux qui s'y opposent comparaissent devant le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé pour exprimer leur appui, leurs préoccupations ou leurs questions. S'il reste trop de questions non résolues, il se peut que le délai accordé aux parties pour discuter et négocier empêche l'avancement du projet de loi. Si le projet de loi est déposé tard dans la session, ce délai pourrait même nécessiter une nouvelle présentation du projet de loi à la prochaine session de l'Assemblée législative.

Après qu'un projet de loi d'intérêt privé a été déposé à la Chambre et renvoyé au Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé, le délai pour résoudre les questions ou préoccupations est court. Il est impératif que l'ASFNB établisse des contacts à l'avance avec les parties intéressées et ait une idée de l'ampleur des objections qui pourraient être formulées.

---

[17] Lettre de la greffière de l'Assemblée législative au Barreau du Nouveau-Brunswick, datée du 15 septembre 2003.

Schéma I Projet de loi d'intérêt privé : processus

- Le demandeur rédige l'avant-projet de loi.
- Le conseiller législatif envoie l'avant-projet de loi aux ministères pertinents pour obtenir leurs commentaires.
- Le demandeur publie un avis une fois par semaine, pendant quatre semaines.*

La demande de projet de loi d'intérêt privé est déposée au greffier de l'Assemblée législative comme suit :

- présentation d'une copie du projet de loi;*
- versement d'un droit;
- signature d'un affidavit ou d'une déclaration solennelle prouvant la publication de l'avis.

* Le projet de loi doit être rédigé dans les deux langues officielles et publié dans la *Gazette Royale*. L'avis doit paraître pendant trois semaines consécutives, dans un journal largement diffusé. L'avis doit préciser que les parties intéressées qui souhaitent présenter un exposé doivent en aviser le greffier de l'Assemblée législative par écrit (annexe II).
* Le conseiller législatif examine l'avant-projet de loi et fournit ses commentaires.

Première lecture
Une fois que le greffier de l'Assemblée législative a attesté que la demande remplit toutes les conditions, le député parrainant le projet de loi peut le déposer en vue d'une **première lecture**.

Le greffier de l'Assemblée législative envoie une copie de l'avant-projet de loi au sous-ministre de la Justice qui l'examine pour :

- s'assurer que son objet relève de la compétence de l'Assemblée législative;
- supprimer toute erreur ou irrégularité;
- veiller au respect des exigences quant à la forme.

Tout point important lié à la forme ou au fond du projet de loi est réglé après discussion avec l'avocat du demandeur.

Le greffier fait parvenir une copie de l'avant-projet de loi définitif à l'Imprimeur de la Reine. Les exemplaires du projet de loi sont envoyés au député qui parraine le projet de loi au nom des électeurs.

Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé
Après la première lecture, le projet de loi est envoyé au Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé. C'est l'occasion de faire des commentaires, de poser des questions ou de proposer des amendements à des articles du projet de loi. Le comité peut inviter des personnes ou des groupes et les représentants du ministère à se prononcer sur le projet de loi par écrit ou en personne. Après les exposés publics, le projet de loi fait l'objet d'une étude article par article, et un rapport est rédigé. Les recommandations suivantes peuvent être faites:

Approbation de la Chambre recommandée;
Approbation de la Chambre recommandée, **mais avec des amendements**;
Approbation de la Chambre non recommandée.

Se reporter au schéma II pour plus de renseignements sur le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé.

Deuxième lecture du projet de loi sur la recommandation du Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé.
À cette étape, le projet de loi peut faire l'objet d'un débat en Chambre. La troisième lecture des projets de loi d'intérêt privé est ordonnée, à moins que cinq députés demandent que le renvoi du projet de loi au Comité plénier soit ordonné.

Troisième lecture

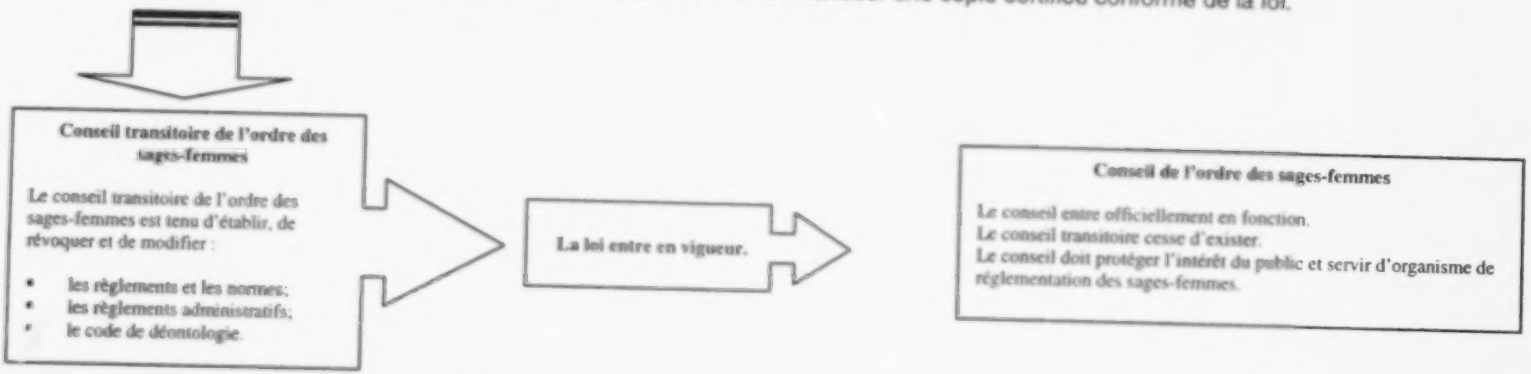
La troisième lecture du projet de loi est ordonnée.

Sanction royale

- Le projet de loi est présenté au lieutenant-gouverneur pour obtenir sa sanction royale.
- Après la sanction royale, le projet de loi devient une loi. Il reçoit un numéro et est réimprimé. Le projet de loi n'a pas nécessairement force de loi à cette étape.*

Comité plénier
Tous les membres de l'Assemblée législative sont membres du Comité plénier. Des délibérations ont lieu en Chambre, mais elles sont moins formelles. Le projet de loi est étudié article par article, des questions sont posées et des commentaires sont recueillis. Des amendements peuvent être faits. Un rapport est présenté à l'Assemblée législative, et la troisième lecture est ordonnée.
Entrée en vigueur
La loi entre en vigueur :
• au moment de la sanction royale, *ou*
• le jour spécifié dans la loi.
Différents articles peuvent entrer en vigueur à différentes dates.

* Après la sanction royale, le greffier de l'Assemblée législative fait parvenir au demandeur une copie certifiée conforme de la loi.


Conseil transitoire de l'ordre des sages-femmes
Le conseil transitoire de l'ordre des sages-femmes est tenu d'établir, de révoquer et de modifier :
• les règlements et les normes;
• les règlements administratifs;
• le code de déontologie.
La loi entre en vigueur.
Conseil de l'ordre des sages-femmes
Le conseil entre officiellement en fonction.
Le conseil transitoire cesse d'exister.
Le conseil doit protéger l'intérêt du public et servir d'organisme de réglementation des sages-femmes.

Pour avoir plus de renseignements sur ce processus, prière de se reporter à l'annexe II pour voir la version officielle de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick.

3.1 Processus d'examen du ministère de la Santé et du Mieux-être

Le ministère de la Santé et du Mieux-être procède également à un examen du projet de loi. Le demandeur d'un projet de loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé est tenu d'envoyer l'information pertinente au Ministère, y compris une copie de l'avant-projet de loi. Le document, *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé,* guide les demandeurs sur la marche à suivre. L'annexe I présente une ébauche pratique de l'information requise par le Ministère.

Le demandeur doit remplir la majorité des critères établis par le ministère de la Santé et du Mieux-être dans le document intitulé *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé.* Le document inclus les critères d'intérêt public. Toute l'information requise, présentée à l'annexe I, doit être fournie. Cette directive est appliquée à la lettre.

Si le ministère de la Santé et du Mieux-être a de graves préoccupations à l'égard des critères d'intérêt public ou des questions concernant le contenu du projet de loi auxquelles le demandeur n'a pas donné suite après en avoir été informé, il peut les soulever auprès du Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé au moment opportun. Le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé évaluera ces préoccupations (étapes 5 et 8 du schéma II).

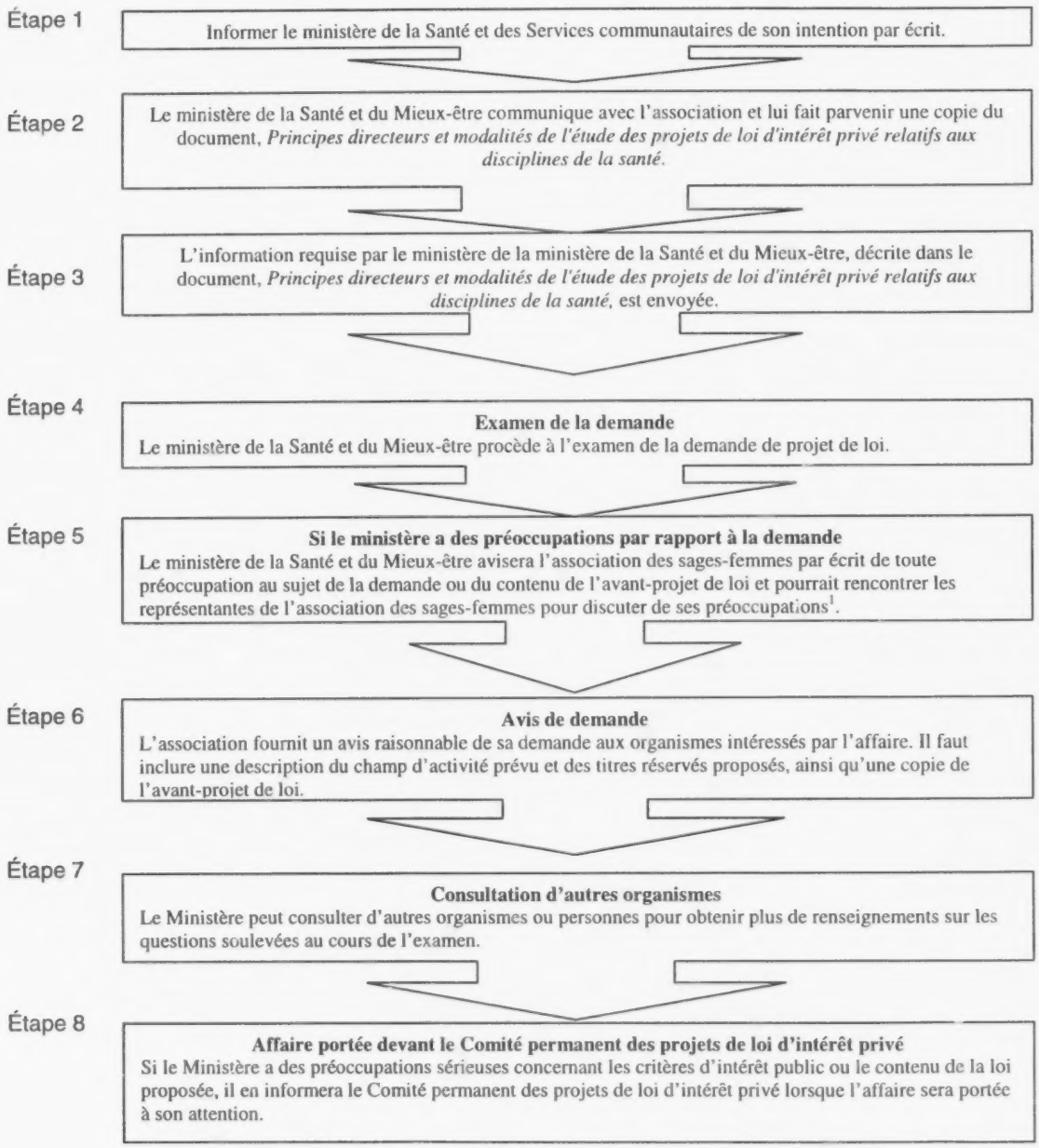
Les négociations entre les parties intéressées se déroulent en privé, et les tiers n'y prennent pas part. Il incombe au demandeur d'élaborer des ententes avec les parties intéressées qui s'opposent au projet ou qui l'appuient. Habituellement, après que le demandeur d'un projet de loi d'intérêt privé publie l'avis de la loi proposée (avis exigé par la politique et les méthodes avant le dépôt du projet de loi à l'Assemblée législative), quiconque s'y intéresse ou est concerné peut communiquer directement avec le demandeur. Cependant, il est conseillé d'exercer des pressions et de bien se préparer avant d'envoyer l'avis aux parties concernées.

La rédaction du projet de loi est la responsabilité du demandeur. Une fois que le projet de loi a fait l'objet d'un dépôt officiel, le personnel du bureau du greffier de l'Assemblée législative l'examinera pour s'assurer qu'il respecte les exigences quant à la forme et qu'il est rédigé conformément aux règles générales relatives à la rédaction des lois. Le service juridique du ministère de la Santé et du Mieux-être examinera l'ébauche pour la forme, mais les points de vue et les opinions ne sont pas exprimés à ce point. Avant de demander un projet de loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé, il est recommandé d'en aviser le Ministère de trois à six mois à l'avance.

La loi proposée ne peut pas comporter de clause stipulant que les services de sage-femme ou l'assurance responsabilité seront payés à même les fonds publics, sauf si cela a été préalablement convenu. Autrement, le projet de loi ne franchira pas le processus d'examen.

Le processus lié à une loi d'intérêt privé est illustré ci-dessous :

Schéma II Processus d'examen des lois d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé [18]


Étape 1
Informer le ministère de la Santé et des Services communautaires de son intention par écrit.
Étape 2
Le ministère de la Santé et du Mieux-être communique avec l'association et lui fait parvenir une copie du document, *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé.*
Étape 3
L'information requise par le ministère de la ministère de la Santé et du Mieux-être, décrite dans le document, *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé,* est envoyée.
Étape 4
Examen de la demande
Le ministère de la Santé et du Mieux-être procède à l'examen de la demande de projet de loi.
Étape 5
Si le ministère a des préoccupations par rapport à la demande
Le ministère de la Santé et du Mieux-être avisera l'association des sages-femmes par écrit de toute préoccupation au sujet de la demande ou du contenu de l'avant-projet de loi et pourrait rencontrer les représentantes de l'association des sages-femmes pour discuter de ses préoccupations[1].
Étape 6
Avis de demande
L'association fournit un avis raisonnable de sa demande aux organismes intéressés par l'affaire. Il faut inclure une description du champ d'activité prévu et des titres réservés proposés, ainsi qu'une copie de l'avant-projet de loi.
Étape 7
Consultation d'autres organismes
Le Ministère peut consulter d'autres organismes ou personnes pour obtenir plus de renseignements sur les questions soulevées au cours de l'examen.
Étape 8
Affaire portée devant le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé
Si le Ministère a des préoccupations sérieuses concernant les critères d'intérêt public ou le contenu de la loi proposée, il en informera le Comité permanent des projets de loi d'intérêt privé lorsque l'affaire sera portée à son attention.

[18] Voir le document *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé,* ministère de la Santé et des Services communautaires (maintenant désigné ministère de la Santé et du Mieux-être).

3.2 Qu'est-ce qu'un règlement?

Les règlements sont élaborés une fois que la loi a été adoptée. Les règlements peuvent être définis comme les règles qui permettent de réaliser l'objectif de la loi. Les organismes établissent des règlements pour guider les activités de leurs propres employés et de ceux qui sont réglementés par l'organisme et pour voir à l'application uniforme de la loi[19].

Certains règlements seront plus descriptifs que d'autres, si la loi n'aborde pas en détail certains aspects nécessaires. On cherche habituellement à trouver le juste équilibre entre les renseignements généraux et détaillés. Si les règlements sont trop détaillés, cela peut donner lieu à une certaine rigidité et nuire à la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux situations. Si les règlements sont trop vagues, ils ne remplissent pas leur objectif, qui est de fournir des lignes directrices.

Les règlements peuvent être élaborés par le conseil de l'ordre ou le conseil transitoire de l'ordre. Généralement, la loi régissant les sages-femmes déléguerait l'autorité au lieutenant-gouverneur en conseil.

Voici des exemples de thèmes inclus dans les règlements :

- Concevoir des normes pour l'exercice de la profession de sage-femme;
- Concevoir les tests d'évaluation et les tests diagnostiques qu'une sage-femme pourrait ordonner ou à propos desquels une sage-femme pourrait recevoir des rapports;
- Désigner les médicaments qu'une sage-femme pourrait prescrire et administrer;
- Désigner les interventions chirurgicales mineures et les traitements effractifs qu'une sage-femme pourrait effectuer;
- Établir les exigences relatives à l'autorisation des sages-femmes et des étudiantes;
- Exiger que les sages-femmes se dotent d'une assurance responsabilité et régir la protection requise;
- Établir un processus pour évaluer l'expérience et les connaissances en vue de l'autorisation des sages-femmes;
- Respecter l'établissement et le fonctionnement des comités créés en vertu d'un paragraphe;
- Respecter l'établissement, le contenu et la tenue des registres;
- Décrire l'information du registre qui peut être rendue publique;
- Donner avis de l'annulation d'un certificat d'autorisation de la manière déterminée par le conseil;
- Respecter les conditions dans lesquelles une personne dont le certificat d'autorisation a été annulé peut être réintégrée au registre et les conditions dans lesquelles on peut délivrer à nouveau le certificat d'autorisation;
- Établir les exigences en matière d'éducation et de formation continues;
- Déterminer les registres que les sages-femmes doivent tenir, ainsi que leur période de conservation;
- Respecter les tests diagnostiques qu'un membre peut ordonner, exécuter ou interpréter, ainsi que toute condition ou toute restriction s'appliquant à l'ordonnance, à l'exécution et à l'interprétation de ces tests;
- Autoriser le conseil à établir des règlements administratifs.

[19] *Black's Law Dictionary.*

3.3 Qu'est-ce qu'un règlement administratif?

Un règlement administratif peut être décrit comme un règlement, une ordonnance ou une règle qu'une association ou un organisme de réglementation adopte. Les règlements administratifs définissent les droits et les obligations de divers représentants, personnes ou groupes au sein de la structure. Ils fournissent les règles relatives aux questions courantes, telles la marche à suivre pour les réunions[20], et peuvent comprendre le code de déontologie[21] adopté à une assemblée générale annuelle du conseil de l'ordre des sages-femmes. La liste ci-dessous donne des exemples des sujets traités dans les règlements administratifs s'appliquant aux sages-femmes.

- Fixer le nombre de membres au conseil;
- Établir les catégories de membres;
- Établir les exigences liées à l'autorisation des personnes qui exercent la profession de la santé désignée;
- Établir des normes, des limites ou des conditions pour l'exercice de la profession de la santé par les membres;
- Établir des normes d'éthique professionnelle pour les membres;
- Établir les normes en matière d'étude pour les membres;
- Établir les exigences relatives à l'éducation continue des membres;
- Établir les exigences relatives au maintien de la couverture de l'assurance responsabilité professionnelle pour les membres;
- Établir les droits que les membres doivent verser à l'ordre;
- Prévoir les droits spéciaux qui seront perçus auprès des membres en vertu des règlements administratifs;
- Établir les exigences relatives au renouvellement, à la suspension, à l'annulation et au rétablissement de l'enregistrement des personnes exerçant la profession de la santé désignée, y compris la suspension ou l'annulation de l'autorisation d'un membre pour le retard ou le défaut de paiement des droits;
- Établir le comité d'autorisation, le comité d'assurance de la qualité, le comité d'enquête, le comité de discipline, le comité des relations avec les patientes et d'autres comités que le conseil juge nécessaire ou qui sont ordonnés par les autorités du ministère de la Santé et du Mieux-être;
- Établir les comptes et les transactions pour l'ordre;
- Établir les normes de conduite professionnelle, de qualification et de compétence des membres;
- Fournir un code de déontologie aux membres.
- Établir des normes relatives aux modalités et pratiques pour établir les façons de procéder pour l'examen, l'enquête et le retrait par le comité de conduite professionnelle des plaintes alléguant qu'un membre est coupable d'inconduite ou d'incompétence professionnelle;
- Régir la reconnaissance des programmes d'éducation et d'évaluation des compétences;
- Établir la protection minimale requise des membres en matière d'assurance responsabilité;
- Établir la protection minimale que l'ordre peut obtenir en matière d'assurance responsabilité au nom de chaque membre;
- Établir la forme et le contenu du registre, la façon de le tenir et l'information que les membres doivent fournir pour les besoins du registre;
- Prévoir toutes les autres questions jugées nécessaires à l'application de la loi.

---

[20] *Blacks Law Dictionary*.

[21] Les codes de déontologie des ordres de sages-femmes de la Colombie-Britannique et du Manitoba sont de bons exemples.

3.4 Exigences du ministère en matière de législation

Au Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et du Mieux-être établit des exigences réglementaires pour toutes les lois relatives à la santé. Les détails concernant ces normes sont décrits dans le document du ministère de la Santé et du Mieux-être, intitulé *Principes directeurs et modalités de l'étude des projets de loi d'intérêt privé relatifs aux disciplines de la santé.* Ces exigences réglementaires sont résumées ci-dessous :

- Fonctions de la discipline de la santé
- Représentation publique
  - Organisme de réglementation
  - Comité des plaintes et de discipline
    - Comité des plaintes – au moins une personne qui n'appartient pas à la profession
    - Comité de discipline – au moins une personne qui n'appartient pas à la profession (toutes deux nommées par un organisme de réglementation)
- Procédure relative aux plaintes et mesures disciplinaires
  - Exigences juridiques et procédurales standards
  - Pouvoirs d'enquête
- Prévention de l'inconduite sexuelle
- Accès du public à l'information sur les membres
  - Accès à l'information
  - Publication des résultats des mesures disciplinaires
- Assurance responsabilité professionnelle
- Révision des règlements ou des règlements administratifs qui nuisent à l'intérêt du public

Les sages-femmes ont aussi des intérêts qu'elles veulent incorporer à la loi et qui sont alignés sur leur champ d'activité et sur leur philosophie des soins axés sur la femme.

Voici les principaux éléments à reconnaître dans le cadre du processus législatif :

- Choix du lieu de naissance;
- Inscription directe;
- Marche à suivre pour octroyer des crédits pour l'expérience ou la formation acquise dans une autre province;
- Financement public;
- Assurance responsabilité (financée par l'État);
- Autonomie dans la prestation des services de santé (aucune supervision des médecins ou des infirmières);
- Accessibilité aux soins de sage-femme (assurer un accès équitable peu importe le lieu de résidence);
- Droits hospitaliers;
- Soins sécuritaires à la naissance;
- Continuité des soins;

- Soins coopératifs avec d'autres fournisseurs de soins de santé (dans les situations où la gestion ne fait pas partie du champ d'activité).

4. La législation habilite-t-elle les sages-femmes à négocier le financement?

L'expérience des autres provinces canadiennes a amplement démontré que la réglementation de la profession de sage-femme sans le financement public n'est pas viable. La réglementation oblige les sages-femmes à verser des frais élevés, vu que la prime d'assurance responsabilité, les droits d'adhésion à l'association et les frais de réglementation peuvent atteindre jusqu'à 10 000 $ par an[22]. Si on n'a pas le financement au moment d'adopter la loi ou du moins une assurance responsabilité subventionnée, il sera difficile de l'obtenir une fois que la loi aura été adoptée.

C'est l'une des raisons pour lesquelles les sages-femmes de la Saskatchewan refusent de passer à la prochaine étape du processus législatif lié à une loi d'intérêt privé[23]. Selon une représentante de l'association des sages-femmes de la Saskatchewan[24], il est impératif d'exercer des pressions pour obtenir du financement avant de faire adopter la loi. Dans le cas des sages-femmes de la Saskatchewan, après l'adoption de la première partie de la loi sur les sages-femmes en 1999, le gouvernement a promis un projet pilote comptant trois sages-femmes, mais aucuns fonds n'ont été accordés pour le service de sage-femme. Les sages-femmes de la Saskatchewan font donc face à un dilemme : le projet pilote n'a pas encore été lancé, alors que le gouvernement provincial « exerce des pressions » pour l'établissement d'un conseil pré transitoire qui mènerait à l'adoption de la loi[25] sans financement. Si la loi est adoptée, quatre sages-femmes sur cinq[26] ne pourront plus exercer la profession.

L'absence d'un engagement du gouvernement à l'égard du financement a pour effet de diminuer la profession, selon plusieurs intervenantes[27]. L'expérience passée prouve que l'absence de financement nuit à la viabilité du service. Les sages-femmes de l'Alberta font actuellement l'objet d'une réglementation sans financement. Depuis la réglementation en Alberta, le nombre de sages-femmes a considérablement baissé. Dans d'autres provinces où la profession est réglementée et bénéficie d'un financement public, le nombre de sages-femmes ne cesse d'augmenter.

Un argument en faveur du financement qui semble avoir eu du poids dans certaines provinces n'en a pas eu dans d'autres. Le facteur déterminant semble être le degré de réceptivité de la plate-forme politique. L'importance de la dynamique politique est abordée dans la section 5.

5. Modèle politique privilégié pour la réglementation des sages-femmes

Comme l'ont révélé les consultations menées dans différentes provinces, les chances d'obtenir des fonds, surtout pour l'assurance responsabilité, sont minces à moins d'exercer des pressions avant l'adoption de la loi. Si les sages-femmes font face à une forte opposition au moment de demander une loi d'intérêt privé relatif à une discipline de la santé, il y a de bonnes chances que l'initiative échoue.

---

[22] Communication avec Kim Campbell, de l'Association canadienne des sages-femmes, le 7 octobre 2003.
[23] Le processus est interrompu au moment de la promulgation; voir le schéma I pour plus de renseignements.
[24] Communication avec l'association des sages-femmes de la Saskatchewan, le 2 octobre 2003.
[25] La loi n'entre pas en vigueur avant la promulgation; voir la section 3 pour de plus amples renseignements.
[26] Communication avec l'association des sages-femmes de la Saskatchewan, le 2 octobre 2003.
[27] Communication avec Kim Campbell, de l'Association canadienne des sages-femmes, le 7 octobre 2003.

La participation du gouvernement est essentielle pour obtenir le statut de profession reconnue. Coburn, Torrance et Kaufert[28] soulignent l'importance d'atteindre les « organisateurs gouvernementaux » dans le processus. Ces « organisateurs » s'occupent de coordonner et de rationaliser les soins de santé. Ils sont présents dans les secteurs de la profession médicale qui s'occupent de la planification et de la recherche, de même qu'au sein du gouvernement, à titre de bureaucrates, d'administrateurs de la santé et de planificateurs de la santé. Ce sont des intervenantes clés avec qui il faut collaborer pendant les activités des groupes de pression.

Les auteurs[29] expliquent les conséquences du manque de soutien gouvernemental après la législation en Alberta, en faisant une comparaison avec les événements survenus en Ontario et en Colombie-Britannique. Parce que le processus en Alberta est une initiative bureaucratique plutôt que gouvernementale, la profession de sage-femme a pris tout un recul avec le changement de modèle politique suscité par l'élection d'un gouvernement qui a imposé des restrictions radicales en matière de soins de santé.

La situation était différente en Ontario et en Colombie-Britannique. La présence de féministes au sein du caucus législatif et des partis officiels et l'appui considérable des électrices a donné lieu à un financement public pour les sages-femmes. Les sages-femmes ont souvent bénéficié de l'aide des gouvernements socio-démocrates; le gouvernement plus conservateur de l'Alberta n'avait pas les mêmes priorités[30].

L'Ontario et la Colombie-Britannique ont intégré les services de sage-femme dans le système public de soins de santé. Un plan a été élaboré pour accroître le nombre de sages-femmes. En 1993, l'Ontario avait mis en œuvre un programme de baccalauréat pour les sages-femmes et mené à bien le processus d'autorisation de 60 sages-femmes, en plus de fournir un financement public. Le gouvernement de l'Alberta n'a pas pris ces engagements.

Le cas récent de la Saskatchewan est intéressant à étudier parce que la loi a été adoptée sans aucune promesse de financement. Comme en Alberta, le processus bureaucratique s'est déroulé avec l'appui des « raisonneurs » et la loi a été adoptée, mais la loi n'est pas encore entrée en vigueur[31]. Les sages-femmes ne veulent pas que la loi soit promulguée avant d'obtenir une promesse de financement.

Selon les auteurs[32], la volonté politique et la demande populaire doivent avoir suffisamment de poids pour justifier des mesures législatives immédiates. Les projets pilotes peuvent être un compromis politique entre la légalisation immédiate de la profession de sage-femme et le *statu quo*, comme au Québec. La pratique d'évaluer une « nouvelle » profession avant de la mettre en œuvre de façon permanente est généralement considérée comme faisant partie intégrante d'une bonne planification en matière de santé publique. D'autres provinces au Canada ont lancé des projets pilotes, mais le Québec est la seule province à avoir adopté une loi définissant le cadre d'un nouveau programme de soins de santé avant sa reconnaissance officielle[33].

---

[28] R. McKendry et T. Langford, *Legalized, Regulated, but Unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research; Alberta, Université de Calgary, Département de sociologie, p. 4. Résumé analytique renvoyant à Coburn, Torrance et Kaufert, « Medical Dominance in Canada in Historical Perspective: The Rise and Fall of Medicine? », *International Journal of Health Services*, 1983, p. 420.

[29] R. McKendry et T. Langford, *Legalized, Regulated, but Unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research; Alberta, Université de Calgary, Département de sociologie. Résumé analytique.

[30] Ibidem. Renvoi à Dacks et coll., « Road Kill: Women in Alberta's Drive Toward Deficit Elimination », dans G. Laxer et T. Harrison (éd.), *The Trojan Horse: Alberta and the Future of Canada*, Black Rose Books, Montréal, 1995, p. 270-285.

[31] Prière de se reporter à la section 3 pour avoir plus de renseignements sur le processus législatif lié à un projet de loi d'intérêt privé.

[32] Régis Blais et Pierre Joubert, « L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000), p. I-1.

[33] Régis Blais et Pierre Joubert, « L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000), p. I-1.

5.1 Mesures législatives adoptées dans les autres provinces

Colombie-Britannique

1976 – Campagne axée sur la consommatrice pour la légalisation de la profession de sage-femme (CALM, également connue comme le Midwifery Task Force)[34].

1980 – L'association des sages-femmes a vu le jour[35]. Un groupe de travail sur la profession de sage-femme a été créé au début des années 1980.

1991 – La commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts a recommandé la légalisation de la profession de sage-femme à titre de profession autonome[36].

En 1993, le ministère de la Santé a établi un comité consultatif sur la mise en œuvre de la profession de sage-femme pour l'aider à intégrer les sages-femmes dans le système de soins de santé[37]. En 1993, au congrès de la Confédération internationale des sages-femmes, le ministre de la Santé a annoncé que la profession de sage-femme serait légalisée.

Après la promulgation des règlements en 1995, le gouvernement a nommé le premier conseil d'administration de l'ordre des sages-femmes. En 1995, l'ordre des sages-femmes de la Colombie-Britannique a été établi, et en 1996, le ministère de la Santé a annoncé le financement public des sages-femmes.

En 1996, la *Hospital Act* a été modifiée pour élargir la définition de « praticien », qui se limitait aux médecins et aux dentistes, et inclure toute personne autorisée à titre de membre d'une profession de la santé. Des règlements propres aux sages-femmes ont été élaborés, et la profession de sage-femme a été reconnue à titre de profession de la santé.

En 1998, le projet de démonstration de deux ans sur la naissance à domicile, lancé par le ministère de la Santé, comprenait toutes les naissances à domicile auxquelles assistaient les sages-femmes de la Colombie-Britannique. En 2003, le rapport du projet de démonstration sur les naissances à domicile a encouragé les sages-femmes autorisées à continuer à soigner les femmes qui décident d'accoucher à domicile[38].

Alberta

L'association des sages-femmes a présenté une demande visant la désignation de la profession dans la *Health Disciplines Act*. En juin 1991, le conseil des disciplines de la santé a recommandé la réglementation de la profession de sage-femme. La *Health Discipline Act*, avec une nouvelle désignation et les règlements sur les sages-femmes, est entrée en vigueur en 1995.

Le registre de la profession de sage-femme a été ouvert en 1998, avec un nombre trop faible de sages-femmes pour créer un ordre. Comme solution, la fonction de l'ordre des sages-femmes a été prise en charge par la direction de la planification de la main-d'œuvre de la santé du ministère provincial de la Santé et du Mieux-être.

En 2001, 1 600 femmes de l'Alberta ont demandé de participer à un projet de recherche offrant gratuitement 150 cours sur les soins de la sage-femme[39].

---

[34] *History of Midwifery in British-Columbia.*
[35] *History of Midwifery in British-Columbia.*
[36] *History of Midwifery in British-Columbia.*
[37] *History of Midwifery in British-Columbia.*
[38] *History of Midwifery in British-Columbia.*
[39] B. O'Brien, S. Harvey et S. Beischel, *Quarterly Report on the Evaluation of Midwifery Services in Alberta*, 2001. Rapport non publié.

Saskatchewan

Un comité consultatif sur la profession de sage-femme a été créé. Le comité est arrivé à la conclusion que la profession de sage-femme est une profession autonome.

En 1999, à la suite du rapport du comité consultatif sur la profession de sage-femme, la loi a été adoptée, mais elle n'est toujours pas en vigueur aujourd'hui. Les sages-femmes veulent que les questions de financement soient réglées avant que le processus de promulgation et d'entrée en vigueur aille de l'avant.

En 1999, un conseil pré transitoire a été proposé, parce que le nombre de sages-femmes était insuffisant pour établir un ordre provincial des sages-femmes réglementaire. L'établissement d'un conseil pré transitoire facilitera la promulgation.

Manitoba

En 1994, le gouvernement provincial a mis sur pied le Conseil d'implantation de la profession de sage-femme. En 1997, un projet de loi intitulé *Loi sur les sages-femmes et modifications corrélatives* a reçu la sanction royale. La *Loi sur les sages-femmes* et le *Règlement sur les sages-femmes* ont été promulgués en 2000 (sanctionnés en 1997).

Ontario

En juin 1983, un petit groupe de consommatrices et de fournisseuses de soins de sage-femme ont amorcé un dialogue avec l'Association des sages-femmes de l'Ontario sur le statut de la profession. Ces consommatrices ont établi la Midwifery Taskforce of Ontario pour promouvoir la législation et la reconnaissance de la profession de sage-femme.

Au bout de trois ans, le groupe de travail comptait sur l'appui de plus de 1 000 membres à la recherche d'une solution de rechange au modèle médical de la naissance et des soins de maternité. Pendant les quelques années suivantes, l'Association des sages-femmes de l'Ontario et le groupe de travail ont préconisé la mise en place de la profession de sage-femme à titre de profession de la santé reconnue[40].

Le décès d'un enfant mis au monde par une sage-femme a entraîné une poursuite. Quinze recommandations relatives à la profession de sage-femme ont découlé de cette affaire. En 1986, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il reconnaissait la profession de sage-femme à titre de profession de la santé réglementée et intégrée au système de santé.

Le Groupe de travail sur la profession de sage-femme de l'Ontario a publié un rapport en 1987.

En 1991, le projet de loi 56, la *Loi de 1991 sur la profession de sage-femme*, a été adopté. Le gouvernement provincial s'était engagé à offrir un financement public dans le cadre du système de soins de santé. On prévoyait que la promulgation de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (loi-cadre incluant la profession de sage-femme comme l'une des professions de la santé réglementées) coïnciderait avec l'introduction des sages-femmes autorisées et le Conseil intérimaire sur la réglementation future de la profession de sage-femme. Ce conseil a été créé en 1989 pour élaborer les normes de la profession[41].

Le Conseil transitoire de l'ordre des sages-femmes a été mis sur pied en 1993, une fois la tâche du Conseil intérimaire sur la réglementation future de la profession de sage-femme terminée. Le Conseil transitoire de l'ordre des sages-femmes avait la responsabilité de concevoir et de mettre

[40] Collège des sages-femmes de l'Ontario, « History of the College », p. 1.
[41] Communication avec Pearl Herbert, 2 octobre 2003, Memorial University, Terre-Neuve et site Web de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.

en œuvre les modalités d'autorisation, de définir le champ d'activité de la profession et d'élaborer un programme de reconnaissance des acquis pour reconnaître les compétences des sages-femmes formées à l'extérieur de la province[42].

En décembre 1993, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et la *Loi de 1991 sur la profession de sage-femme* ont été promulguées (sont entrées en vigueur) avec une promesse de financement de la part du gouvernement[43].

En janvier 1994, l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario a été établi pour administrer la *Loi de 1991 sur la profession de sage-femme* conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

Québec

En 1990, un projet de loi a été adopté et un projet a été mis en œuvre pour permettre aux sages-femmes d'exercer la profession à des endroits désignés pour une période limitée. Le projet a été lancé en 1993 avec des sages-femmes jugées compétentes, mais non autorisées. Le rapport final sur le projet a été présenté en 1997, et le ministère de la Santé du Québec a accepté la plupart des recommandations.

La loi sur les projets pilotes a été prolongée jusqu'à la législation de la profession de sage-femme. Une loi distincte reconnaissant la profession de sage-femme est entrée en vigueur en 1999.

5.2 L'expérience de l'Alberta : leçon pour les sages-femmes

Les expériences passées des autres provinces démontrent l'importance d'un milieu réceptif à la profession de sage-femme. L'expérience de l'Alberta prouve que la législation peut empirer la situation des sages-femmes. En effet, si l'initiative visant la législation est exclusivement bureaucratique et ne bénéficie pas de l'engagement du gouvernement, la situation peut être dévastatrice.

En Alberta, les sages-femmes n'étaient toujours pas intégrées dans le système public des soins de santé plusieurs années après l'adoption de la loi. Elles ne pouvaient pas conserver leur responsabilité professionnelle à l'égard d'une patiente désirant accoucher à l'hôpital (en raison du délai de la modification de la *Alberta Hospitals Act* pour permettre aux sages-femmes de procéder à l'admission et au congé des patientes dans le milieu hospitalier). À l'heure actuelle, les sages-femmes continuent de facturer leurs services directement aux clientes, puisqu'elles ne disposent d'aucuns fonds. Les conditions d'autorisation liées à l'assurance responsabilité sont difficiles à remplir, la prime pouvant atteindre jusqu'à 2 000 $, sans compter les frais liés à la profession. Par conséquent, l'Alberta perd ses sages-femmes pour les mêmes raisons qu'elle les perdait avant l'adoption de la loi.

McKendry et Langford expliquent la situation en Alberta comme suit :

> [Traduction] «...un défi bureaucratique d'État lancé à la dominance médicale qui avait été tolérée par le gouvernement de centre-droite du jour. Le gouvernement de droite de Ralph Klein a hérité de cette initiative en 1993. La pierre angulaire du programme du gouvernement était la réduction des dépenses gouvernementales en vue d'éliminer le déficit[44] ».

---

[42] Ordre des sages-femmes de l'Ontario, « History of the College », p. 2.
[43] Prière de se reporter à la section 3 pour avoir plus de renseignements sur la promulgation.
[44] R. McKendry et T. Langford, *Legalized, Regulated, but Unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research; Alberta, Université de Calgary, Département de sociologie, p. 14. Résumé analytique.

Certains auteurs sont d'avis que le défaut de l'Alberta de financer la profession de sage-femme après sa législation reflétait la crainte de susciter l'opposition de la collectivité médicale, étant donné que les fonds gouvernementaux alloués aux sages-femmes auraient été puisés dans le budget des services médicaux. En effet, le scénario d'un budget à somme nulle était plus susceptible de correspondre à la philosophie du gouvernement, ce que la collectivité médicale n'ignorait pas.

Toutefois, le processus bureaucratique qui s'est déroulé en Alberta ne diminue pas son importance. Les bureaucrates de la santé ont fait la promotion de la profession de sage-femme malgré la forte opposition des médecins et des infirmières. Même si la première demande visant la législation a été infructueuse en 1982, elle a augmenté le profil de la profession de sage-femme et abouti à des mesures législatives 10 ans plus tard. Cette démarche a été réalisée par les 20 sages-femmes que l'on comptait au moment de la législation. Après l'adoption de la loi, le nouveau gouvernement a annoncé qu'il ne financerait pas la profession de sage-femme. Il a fallu attendre sept ans avant que la *Alberta Hospitals Act* soit modifiée pour permettre aux sages-femmes de procéder à l'admission et au congé des patientes dans le milieu hospitalier. Cela représentait un bond en arrière, sans compter que l'Université de l'Alberta avait annulé ses plans visant l'établissement d'un programme d'éducation pour les sages-femmes.

La situation en Alberta est loin d'être celle que les sages-femmes attendaient lorsqu'elles ont commencé à exercer des pressions en vue de la réglementation. Le gouvernement n'a fait aucune promesse de financement, même après que toutes les étapes bureaucratiques ont été suivies pour l'adoption de la loi. Le résultat, c'est que la moitié des sages-femmes ont quitté la province entre 1997 et 1999[45].

5.3 Argument fondé sur le « choix de la consommatrice »

La campagne menée par les sages-femmes de l'Alberta était fondée, entre autres arguments, sur celui du choix de la consommatrice. Dans leur exposé au conseil des disciplines de la santé, elles ont soutenu que les clientes devraient avoir la liberté de choisir leurs accoucheuses et le lieu de l'accouchement[46]. Peggy Ann Field, professeure et militante éminente, a de plus maintenu que le choix des femmes était prépondérant, se reportant à la politique de la Alberta Association of Midwives pour défendre une sage-femme accusée d'avoir accepté d'assister à une naissance à domicile à risque[47].

Le nouveau gouvernement a depuis donné une nouvelle interprétation de cet argument, présentant le service de sage-femme comme un choix plutôt que comme une nécessité. Selon le gouvernement, étant donné que le service est un choix, donc une option, il ne s'agit pas d'un service public essentiel.

5.4 Stratégies courantes pour empêcher la profession de sage-femme

Chaque province où la profession de sage-femme a été réglementée a dû faire face à la résistance de la collectivité des professions de la santé, en particulier celle des professions dominantes (médecins, infirmières, etc.). Les auteurs ont analysé les stratégies courantes adoptées par les professions dominantes pour s'opposer à la reconnaissance des sages-femmes à titre de fournisseuses de soins primaires.

Witz[48] arrive à la conclusion que les professions dominantes dans un conflit interprofessionnel adoptent habituellement l'une de deux stratégies. Witz mentionne d'abord la première :

---

[45] Ibidem. Renvoi à Schwegel, 1999.
[46] Ibidem, p. 16.
[47] Ibidem, p. 16. Renvoi à Williams, 1991, p. 497-498.
[48] R. McKendry et T. Langford, *Legalized, Regulated, but Unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research; Alberta, Université de Calgary, Département de sociologie, p. 9. Résumé analytique renvoyant à Anne Witz, 1992.

> [Traduction] « ...une intégration qui cherche à donner corps à la tâche associée au rôle professionnel de la profession subordonnée. Lorsque cette stratégie est fructueuse, le champ d'activité de la profession subordonnée est subsumé sous l'exercice de la profession dominante. La profession subordonnée est efficacement éliminée[49]. »

La deuxième stratégie de la profession dominante est appelée la « déqualification », où la « profession subordonnée » (sages-femmes) est reconnue, mais son champ d'activité limité et contrôlé par la profession dominante.

Encore une fois, l'importance de la participation gouvernementale est essentielle à la reconnaissance de la profession de sage-femme. Coburn, Torrance et Kaufert[50] soulignent l'importance d'atteindre les « raisonneurs gouvernementaux ». Ces raisonneurs s'occupent de coordonner et de rationaliser les soins de santé. Ils sont présents dans les secteurs de la profession médicale qui s'occupent de la planification et de la recherche, de même qu'au sein du gouvernement, à titre de bureaucrates, d'administrateurs de la santé et de planificateurs de la santé. Ces intervenants clés doivent être la cible des manœuvres de couloir[51].

On a vu un exemple de la stratégie de dominance lorsque la Alberta Association of Midwives a présenté une deuxième demande de reconnaissance légale. L'ordre des médecins a clairement énoncé son point de vue sur la question :

> [Traduction] « (Les sages-femmes) seraient des employées de l'hôpital payées à même le budget global et relèveraient à la fois du chef du service d'obstétrique et de la directrice des soins infirmiers. Elles ne seraient pas des praticiennes d'exercice privé autonomes[52]. »

Un exemple de la deuxième stratégie de la profession dominante est survenu en Alberta lorsque les infirmières ont essayé d'intégrer la profession de sage-femme à la leur. Cette tentative a échoué à cause du secteur bureaucratique qui était déterminé à réglementer de nouvelles professions pour refréner le contrôle des professions traditionnelles de la santé. De plus, le gouvernement ne tenait pas à renforcer l'association infirmière à l'époque, surtout en raison d'une grève illégale menée avec succès alors que le gouvernement était vulnérable aux protestations[53]. La dynamique et les facteurs sociopolitiques jouent un rôle important. La reconnaissance professionnelle doit être soigneusement planifiée.

5.5 Médecins dans les soins de santé : source de tension

En Colombie-Britannique et en Ontario, où la profession de sage-femme est considérée comme étant assurée, financée, reconnue, légalisée et autonome, il existe encore des obstacles. Dans certaines collectivités de l'Ontario, les sages-femmes font toujours face aux efforts déployés par les médecins pour maintenir leur charge professionnelle liée au travail et à l'accouchement. En Colombie-Britannique, les privilèges d'admission dans un hôpital sont difficiles à obtenir à l'extérieur de Vancouver en raison de l'opposition des médecins qui siègent aux conseils d'administration des hôpitaux.

---

[49] M. Giacomini et M. Peters, *The Introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, Université McMaster, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, p. 49. Renvoi à Witz, p. 105.

[50] Note 48 ci-dessus, p. 4. Renvoi à Williams 1983, p. 420.

[51] Ibidem.

[52] Note 52 ci-dessus, p. 10.

[53] Cette année-là, le gouvernement espérait être l'hôte des Jeux olympiques d'hiver, et la grève a créé une image négative. Note 52 ci-dessus. Renvoi à Day, 1993, p. 105-107.

L'intégration des sages-femmes dans les hôpitaux n'est pas toujours facile. Les cultures différentes des médecins et des sages-femmes rendent la collaboration difficile sans sensibilisation préalable. De plus, les obstétriciens et les autres spécialistes ne reçoivent habituellement pas d'honoraires lorsque les patients ne sont pas recommandés par un médecin de famille. Par conséquent, si aucuns fonds ne sont disponibles lorsque les sages-femmes dirigent leurs clientes vers un obstétricien ou un autre spécialiste, elles ne manqueront pas de faire face à une énorme résistance de la part des médecins. En Alberta, même si la profession de sage-femme n'est pas subventionnée par l'État, les médecins reçoivent des honoraires dans cette situation, grâce aux fonds d'innovation pour la santé. Les sages-femmes ont donc été incluses dans certaines régions sanitaires. En juillet 2000, 5 des 17 régions sanitaires élaboraient des plans en vue d'intégrer les sages-femmes dans le milieu hospitalier[54].

Ces exemples démontrent l'importance d'exercer des pressions avant la mise en œuvre des services de sage-femme, afin d'établir une relation fondée sur la collaboration avec les professions dominantes.

En Alberta, la voie bureaucratique était la seule voie possible, vu le contexte politique. Les sages-femmes faisaient face au pouvoir institutionnalisé des médecins, et la santé des femmes n'était pas une priorité. Dans cette concurrence, les organismes à prédominance masculine avaient davantage d'outils et de pouvoir, de même que l'appui du système politique[55]. La seule option était donc la voie bureaucratique, qui a permis de trouver des gens sympathiques au sein du gouvernement provincial[56].

5.6 Arguments courants contre la profession de sage-femme

Arguments présentés par les médecins d'autres provinces contre la profession de sage-femme[57] :

- La qualité des soins prime, même si le service n'est pas toujours offert avec « finesse »; au lieu de réglementer les sages-femmes, il faudrait déployer des efforts pour améliorer le milieu hospitalier;
- Les sages-femmes ne peuvent pas garantir la même sécurité que les médecins;
- Le service des sages-femmes est un luxe, alors que les autres secteurs de la santé restreignent les coûts.

Les défenseurs et les décideurs adoptent le concept « plus ou moins », c'est-à-dire que les services des sages-femmes seront plus coûteux au début, mais ils permettront de réaliser des économies nettes à long terme. Il a été démontré qu'en fournissant des meilleurs soins aux mères et aux bébés et en permettant aux mères de mieux contrôler le processus de la naissance, on réduirait les taux de morbidité et de mortalité infantile et maternelle.

---

[54] Mike Vlessides, *Le Réseau*, vol. 2, n° 3 (printemps-automne 2003), Le Réseau canadien pour la santé des femmes, Canmore, Alberta.
[55] Note 52 ci-dessus, p. 9. Renvoi à Witz, 1992, p. 52.
[56] Ibidem.
[57] M. Giacomini et M. Peters, *The Introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, Université McMaster, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, p. 25.

6. Accès aux collectivités rurales

Les sages-femmes peuvent participer à la prestation des soins prénatals aux femmes et aux familles des régions rurales. Les femmes qui vivent dans les régions rurales sont souvent désavantagées par rapport aux femmes moins isolées. Assurer l'accès aux sages-femmes dans les collectivités rurales exige un nombre suffisant de sages-femmes. Puisque les régions sanitaires décident en toute autonomie quels professionnels de la santé font partie de leur équipe, certains proposent qu'elles soient mises dans une situation où elles devront décider de ne pas opter pour le service des sages-femmes :

> [Traduction] « … nous aimerions que les diverses régions sanitaires aient à décider de ne pas opter pour les services des sages-femmes (une fois réglementées et autorisées) et de prouver que les services des sages-femmes ne sont pas nécessaires (p. ex. : pas de femmes en âge de procréer dans leur district) – cela exigerait plus de travail que d'opter pour les services des sages-femmes[58]. »

La législation des sages-femmes n'oblige pas les régions sanitaires à inclure les sages-femmes dans leur équipe. Il faut d'abord exercer des pressions et modifier les règlements en vigueur pour inclure les sages-femmes à titre de fournisseuses de soins primaires. En fait, si le projet de loi envisagé empiète sur une loi existante, il sera rejeté à l'étape de l'étude.

Selon une représentante de l'Association canadienne des sages-femmes, si un appui financier est offert pour l'emploi dans les régions de la province, comme c'est le cas pour la médecine et d'autres professions de la santé, les sages-femmes pourraient être encouragées à travailler dans ces régions[59]. De plus, pour encourager les professionnels de la santé à exercer la profession dans les collectivités éloignées, l'accès aux droits hospitaliers et la collaboration des autres praticiens de la santé prennent une grande importance.

7. Différents modes de financement de la profession de sage-femme

Le système de paiement constitue un important énoncé de politique sur le caractère légitime et autonome de la profession de sage-femme et sur son statut par rapport aux autres professions de la santé[60]. Les modes de paiement reflètent la situation et l'importance des sages-femmes au sein des services de santé. Lorsque les sages-femmes sont subventionnées par l'État, par exemple, cela en dit long sur le caractère légitime du service de sage-femme; il est reconnu comme un service de santé essentiel. Lorsque la profession de sage-femme est financée à même un budget distinct (sans nuire aux fonds versés aux autres fournisseurs de soins de santé), le service est vu comme un service ajouté à faible risque, à réponse humaine et à faible technicité[61].

Le financement soulève inévitablement des questions. La profession de sage-femme mérite-t-elle d'être subventionnée par l'état? Est-ce sage sur le plan économique? Est-ce qu'elle contribue au mieux-être dans une perspective globale de la santé? Peut-elle répondre au besoin en matière d'accès raisonnable aux soins de santé?

Le tableau ci-dessous présente un résumé des différents modes de financement.

---

[58] Note 16 ci-dessus.
[59] Note 18 ci-dessus.
[60] Note 16 ci-dessus.
[61] Note 20 ci-dessus, p. 24. Ministre de la Santé de l'Ontario résumant la décision relative au financement.

Mode de financement	Définition
Financement public	Caractère légitime de la profession; nouvelle responsabilité à l'égard du public avec l'autorisation et la réglementation. Suscitera la résistance de certains médecins qui craignent que cela ne crée un précédent en faveur d'infirmières praticiennes autonomes[62].
Salaire basé sur la charge professionnelle	Modèle de soins holistiques par rapport à celui des soins biomédicaux.
Niveau de rémunération	Salaire égal à celui des professions comparables.
Financement par une direction de la santé communautaire	Autonomie par rapport aux médecins, aux infirmières et aux hôpitaux qui sont financés par d'autres directions du ministère de la Santé.
Paiement par un organisme central de paiements de transfert	Autogestion de la profession de sage-femme; participation des consommatrices.
Transfert éventuel des responsabilités à un organisme local de paiements de transfert	Nouvelles responsabilités à l'égard du public pour les sages-femmes – besoins locaux ou employeur *de facto*.

Source : Giacomini et Peters[63]

La résistance des médecins de l'Ontario a augmenté après l'examen des modes de financement. Certains médecins ont l'impression que le programme des sages-femmes leur prend une part de leur gâteau, vu la réorientation possible des ressources budgétaires plafonnées des médecins dans les provinces[64].

L'Ontario a rejeté le modèle de financement fondé sur le régime de la rémunération des services afin d'éviter la comparaison directe entre les honoraires et services des sages-femmes et des médecins. Le Groupe de travail sur la profession de sage-femme de l'Ontario craignait la friction. Le ministre de la Santé a convenu que le paiement à l'acte violerait l'ethos holistique des soins. On fait remarquer qu'il existait également des préoccupations économiques sous-jacentes. En fait, ce mode de rémunération pourrait créer des précédents pour des professions autres que celles de médecin, ce qui pourrait rendre difficile de prévoir les coûts gouvernementaux[65].

Le financement distinct de la profession de sage-femme par l'entremise d'une direction des soins communautaires est considéré comme une option qui contribue à protéger les intérêts respectifs des sages-femmes et des autres fournisseurs de soins de santé[66]. En effet, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont décidé de financer la profession de sage-femme à même le budget provincial

[62] Au Nouveau-Brunswick, les services communautaires explorent déjà l'idée de confier plus de responsabilités aux infirmières dans le cadre d'un nouveau modèle de soins communautaires.
[63] M. Giacomini et M. Peters, *The Introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, Université McMaster, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, p. 25.
[64] Note 67 ci-dessus, p. 18.
[65] Note 67 ci-dessus, p. 15.
[66] Ibidem.

des soins de santé. Ce genre de financement a diminué la concurrence entre les fournisseurs de soins de santé traditionnels et les sages-femmes, vu que les sages-femmes ne sont pas financées aux dépens des autres professions de la santé. De plus, les services sont assurés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie[67]. Toutefois, on a pu observer que l'autonomie en matière de financement pouvait devenir un obstacle entre les sages-femmes et les autres fournisseurs de soins de santé et même empêcher la collégialité du travail d'équipe[68]. Par conséquent, si le financement provient du budget général de la santé, les professionnels de la santé mèneront une concurrence féroce.

Dans les provinces canadiennes où la profession a été réglementée, la question du financement a généralement été réglée avant l'adoption d'une loi. En fait, un projet de loi ne peut pas comporter de dispositions qui auraient des effets ou qui empiéteraient sur une autre loi. La loi sur les sages-femmes ne pourrait pas, par exemple, énoncer que les services des sages-femmes seront couverts par le régime d'assurance-maladie. Les paiements doivent être acceptés en principe pour toute modification future de la loi régissant le régime d'assurance-maladie. La modification des lois en vigueur permet de payer le service de sage-femme au moyen du régime d'assurance-maladie (si cette option est choisie) ou d'acquérir des droits hospitaliers. Il en va ainsi pour la *Loi hospitalière*, qui doit être modifiée de manière à inclure les sages-femmes pour qu'elles puissent obtenir des droits hospitaliers. À l'heure actuelle, les sages-femmes au Nouveau-Brunswick ne figurent pas dans les règlements sur les hôpitaux. Elles n'ont donc pas de droits hospitaliers dans la province.

En Ontario, le processus d'élaboration de politiques en matière de financement a été caractérisé par une forte coalition partisane, où des personnalités clés et des ministres provinciaux de la Santé ont accordé leur appui personnel. L'effort de collaboration en Ontario comprenait les sages-femmes avec et sans formation en soins infirmiers, des groupes de consommatrices bien organisés, des médecins, des ressources juridiques expertes et des consultations publiques à grande échelle.

Dans certaines provinces, le financement de projets pilotes a constitué la première étape vers le financement permanent de la profession de sage-femme à titre de service de santé. Le ministère de la Santé du Québec, faisant face à l'opposition des professions traditionnelles de la santé et cherchant à éviter la confrontation, a choisi d'évaluer la profession de sage-femme par voie de projets pilotes dans des centres de naissance en dehors du milieu hospitalier avant de légaliser définitivement la profession de sage-femme. L'évaluation de l'efficacité de ces structures sur le plan des coûts a donné lieu à des problèmes[69]. La volonté politique et la demande populaire n'étaient pas assez fortes pour justifier la législation immédiate. Les projets pilotes représentaient un compromis politique entre la légalisation immédiate de la profession de sage-femme et le *statu quo*[70].

Une des personnes consultées a suggéré à l'ASFNB de se pencher sur les modes de financement du Manitoba[71]. Selon Karen Kaufman, la rémunération des sages-femmes dans le cadre de centres de santé communautaire peut avoir plus d'attrait pour les gouvernements qui cherchent un mode de financement qui fonctionnera pour un petit nombre de praticiennes. Les services de sage-femme au Manitoba sont offerts par les offices régionaux de la santé. Comme on sait, on consacre beaucoup d'énergie aux services de santé communautaires au Nouveau-Brunswick. Ce modèle pourrait être celui qui est le plus en harmonie avec l'orientation de notre gouvernement. Cependant, il sera important de protéger l'autonomie et le champ d'activité des sages-femmes si l'on opte pour ce mode de financement. Les sages-femmes engagées par les offices régionaux de la santé du Manitoba offrent uniquement leur service dans leur territoire de compétence, et ce sont les régies régionales qui décident d'intégrer ou non le service de sages-femmes à leurs services, de même que le moment de cette intégration.

---

[67] Note 48 ci-dessus, p. 6.

[68] Giacomini, M., Peters, M., *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, Université McMaster, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1996, p. 14.

[69] Dr Michael C. Klein, MD, « L'exercice de la profession de sage-femme au Québec : leçons pour le reste du Canada », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000), p. 5.

[70] Régis Blais et Pierre Joubert, « L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000). p. I-1.

[71] Consultation avec Karen Kaufman, Université McMaster, le 6 octobre 2003.

Au sujet du financement par l'entremise des régions sanitaires, Rayment[72] soulève d'importantes questions concernant les sages-femmes :

> [Traduction]« Est-il possible, par exemple, que les régions sanitaires puissent choisir de permettre que les naissances dans le milieu hospitalier relèvent uniquement des sages-femmes et éliminer ainsi les naissances à domicile en raison de la perception persistante de risque de la part de la profession médicale? Si les régions sanitaires finançaient uniquement les naissances en milieu hospitalier, elles auraient à accorder des droits hospitaliers, et elles pourraient ensuite choisir à qui elles confèrent ces droits. Il se pourrait qu'une sage-femme autorisée, expérimentée et bien formée se voie refuser le droit d'admettre des patientes à l'hôpital. Dans une telle situation, toute cliente souhaitant accoucher à domicile devrait trouver une sage-femme « clandestine ». Elle ne serait pas admissible au financement provincial… et serait incapable d'avoir accès à l'assurance[73]. »

Rayment recommande que le gouvernement finance la profession à même le régime d'assurance-santé, ce qui est conforme à la pratique des autres provinces où la profession de sage-femme est réglementée. Les soins de sage-femme seraient alors ajoutés à la liste des services assurables en vertu du régime d'assurance santé. Le Midwifery Consumers of Alberta Network déclare que l'ajout des services de sage-femme aux services assurables exigerait simplement que des mesures soient prises pour orienter le financement existant vers des solutions plus efficaces sur le plan des coûts[74].

Une personne représentant le gouvernement du Nouveau-Brunswick a suggéré la possibilité de faire couvrir les services par des compagnies d'assurance du secteur privé, telles la Croix-Bleue. Toutefois, cette possibilité doit être soigneusement examinée, car la profession de sage-femme pourrait être considérée comme une pratique alternative de la santé, au même titre que l'acupuncture et la massothérapie. Les pratiques alternatives de la santé ne sont jamais financées par le gouvernement.

Un autre mode de financement consiste à transférer les fonds d'une source centrale de salaire à un organisme local de paiements de transfert. Certaines sages-femmes craignent qu'un contrôle local ait pour effet de créer une quasi-relation de travail entre les sages-femmes et les organismes de paiements de transfert, diminuant ainsi leur autonomie à titre de praticiennes[75].

7.1 Rémunération et assurance responsabilité

Certaines sages-femmes sont rémunérées selon les soins, qui englobent les soins prénatals, la mise au monde du nouveau-né et les soins postnataux. D'autres dépendent d'une formule de rémunération à l'acte, selon laquelle les sages-femmes (comme les médecins) sont libres d'exercer la profession où elles le veulent. D'autres sages-femmes reçoivent un salaire annuel, comme au Québec et au Manitoba.

La formule de rémunération à l'acte est une compensation de salaire établie par le gouvernement et incluse dans un contrat social. La compensation de salaire est assortie d'une condition : avoir la responsabilité principale de 40 cas et assister une autre sage-femme à 40 autres accouchements. Ce concept est souvent appelé la charge professionnelle 40-40. Si les sages-femmes se chargent d'un nombre moindre de cas, leur salaire sera proportionnellement réduit. D'un autre côté, servir un nombre plus élevé de clients ne respecte pas les 48 heures de contact par cas, la base du modèle de pratique[76].

Les sages-femmes du Manitoba qui exercent selon le modèle d'intégration dans les centres de santé communautaire bénéficient d'une assurance responsabilité payée par le gouvernement. Toutefois, les sages-femmes indépendantes (qui ne travaillent pas pour le gouvernement) au Manitoba doivent encore

---

[72] Pamela Rayment, « Funding Crises Looms Over Midwifery, Alberta Women Could Lose the Option to Choose », *Birth Issues* (automne 2001), p. 4.
[73] Ibidem, p. 4.
[74] Midwifery Consumers of Alberta Network, *Midwifery Care in Alberta, Executive Summary*, p. 1.
[75] Note 61 ci-dessus, p. 15.
[76] Ibidem, p. 15-17.

se procurer leur propre assurance pour figurer au registre de l'Ordre des sages-femmes et être autorisées à exercer la profession.

Au Québec, l'assurance responsabilité est payée par les employeurs, puisque les sages-femmes n'ont pas le droit d'exercer la profession en dehors des centres de naissance.

Pour la Colombie-Britannique et l'Ontario, où les sages-femmes sont rémunérées selon les soins, l'assurance responsabilité est couverte par le gouvernement provincial. La protection semble être plus facile pour les sages-femmes lorsque le modèle de service est intégré à une structure de soins de santé existante. Les sages-femmes de l'Ontario sont un exemple d'une situation plus difficile en matière d'assurance responsabilité. Exerçant leur profession selon le modèle de la rémunération à l'acte, elles dépendent de l'assurance privée. Le marché de l'assurance privé risque d'être une source de problèmes continus, en partie parce que le gouvernement, ayant une relation indépendante avec les sages-femmes, n'assume pas une part de la responsabilité en cas de décès ou de lésions.

Les sages-femmes de l'Alberta sont un exemple des problèmes qui surviennent lorsqu'on dépend de l'assurance privée, ces dernières ayant été informées que leur assurance contre la faute professionnelle (nécessaire pour l'autorisation) passait de 3 900 $ à 15 000 $. Pour certaines, cette augmentation représente plus de 30 p. 100 de leur revenu annuel. Par comparaison, les médecins contribuent aussi peu que 1 p. 100 de leur revenu annuel à l'assurance contre la faute professionnelle, étant subventionnés par la Alberta Medical Association[77]. Le gouvernement provincial a enfin annoncé une subvention de 200 000 $, une somme qui suffira à couvrir l'augmentation au moyen d'un financement unique du gouvernement, en échange de services en nature des sages-femmes. Pour la présidente de la Alberta Association of Midwives, cette solution à court terme n'assure pas l'avenir des sages-femmes :

> « Il reste que l'augmentation des primes d'assurance dépasse ce que les sages-femmes peuvent éponger. La vraie question n'est pas l'assurance, bien qu'elle soit importante aussi. La question fondamentale est le financement provincial du service de sage-femme à titre de service de santé assuré[78] ».

En Saskatchewan, il n'existe aucun financement public pour l'assurance responsabilité.

---

[77] Pamela Rayment, « Funding Crises Looms Over Midwifery, Alberta Women Could Lose the Option to Choose », *Birth Issues* (automne 2001), p. 4.
[78] Ibidem.

8. Activités importantes à venir

Deux événements importants à venir, décrits ci-dessous, pourraient être une source de renseignements utiles pour la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick.

- Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique cherche à amener la région à exercer des pressions pour la législation de la profession de sage-femme, de même que des moyens de combiner les ressources provinciales à l'échelle régionale. Il prévoit une rencontre pour le printemps 2004 et formera un plan d'action à partir des résultats des réunions provinciales.

- Un consortium canadien des organismes de réglementation de la profession de sage-femme, composé des organismes de réglementation de la profession de sage-femme, a récemment vu le jour. Des consultations seront tenues à l'échelle nationale, et les rencontres auront lieu prochainement. Ce consortium comprend les registraires et les représentantes des conseils d'administration des cinq organismes provinciaux de réglementation de la profession de sage-femme. Le consortium a pour mandat de faciliter la mobilité des sages-femmes autorisées partout au Canada en mettant en œuvre l'accord sur la mobilité des sages-femmes au Canada (mars 2001), afin de faire valoir à l'échelle nationale une législation, une réglementation et des normes de pratique qui appuient des normes élevées pour la profession de sage-femme partout au pays. De plus, leur mandat englobe l'organisation d'un forum pour les organismes canadiens de réglementation de la profession de sage-femme dans le but de discuter de préoccupations partagées. Ce consortium est la seule organisation en mesure de mettre en œuvre une stratégie d'évaluation nationale fructueuse pour les sages-femmes formées à l'étranger[79].
- La Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada a soumis une proposition de *Soins de maternité en collaboration* au Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, avec l'objectif d'établir des équipes multidisciplinaires de professionnel-le-s de la santé afin que le soin approprié soit donné par le ou la professionnel-le approprié-e. Les étapes prévues, la création d'une base de données, la promotion de l'éducation et le développement d'un réseau, seraient entamées par un partenariat des intervenantes clés, dont l'Association canadienne des sages-femmes, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Organisation nationale de la santé autochtone, la Société de la médecine rurale du Canada, et le Association of Women's Health Obstetrics and neonatal nurses. Un des buts de la soumission est d'appuyer la réglementation, le financement, l'intégration et la formation d'une profession autonome de sage-femmes au Canada.

9. Plan d'action pour la réglementation de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick

Il est essentiel pour une association de pouvoir compter sur un effort d'équipe coordonné et efficace. Un plan de travail est un outil important qui aide à réaliser les objectifs et à présenter un front organisé et uni.

L'éducation et la sensibilisation de personnes clés et du grand public sont un élément clé. Toutes les personnes contactées pour la recherche du présent document ont exprimé un besoin important sur ce plan. Tout le monde, par exemple, associe les sages-femmes aux infirmières.

Certaines organisations engagent une personne qui se charge de coordonner et de planifier les activités du plan de travail pour assurer la continuité.

---

[79] College of Midwives of British Columbia, *Canadian Midwifery Regulators Consortium – Application for HRDC Developmental Project Funding*, 2003. Document de conception.

La réceptivité de personnes clés au sein du gouvernement provincial représente un élément positif. Le ministère de la Santé et du Mieux-être a reconnu le besoin de soutien dans les services liés au travail et à l'accouchement, et la profession de sage-femme a fait l'objet d'une discussion. À Campbellton, en raison des préoccupations relatives au soutien dans les services liés au travail et à l'accouchement, la profession de sage-femme a été discutée avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, et une personne-ressource a été trouvée dans cette région[80].

Le rapport, *Renouvellement du système de santé*[81], mentionne la nécessité de faire une étude de faisabilité relative à a profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Cette recommandation faite au premier ministre du Nouveau-Brunswick n'engage aucunement le gouvernement. Toutefois, il pourrait s'agir d'un point d'entrée pour les sages-femmes au Nouveau-Brunswick. Le fait qu'une telle recommandation ait été faite démontre que la profession de sage-femme suscite de l'intérêt. L'étude de faisabilité n'a fait l'objet d'aucun suivi. La sous-ministre de Santé et Mieux-être est la personne-ressource recommandée.

9.1 Orientations générales

Suggestions pour l'élaboration d'un plan de travail :

- Examiner des stratégies pour changer les politiques publiques;
- Poursuivre le dialogue entre les sages-femmes en vue de recueillir le consensus sur un cadre de réglementation pour le Nouveau-Brunswick;
- Examiner les différents scénarios des autres provinces pour pouvoir planifier d'une manière stratégique la réglementation de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick;
- Élaborer un plan de travail présentant un calendrier et les personnes responsables;
- Élaborer un exposé formel abordant des points tels les suivants :
  - résistance des professions dominantes,
  - taux élevés d'intervention,
  - défaut de se conformer aux meilleures pratiques internationales,
  - continuité directe des soins de sage-femme pour affaiblir les taux d'intervention,
  - efficacité sur le plan des coûts,
  - protocoles relatifs à la sécurité,
  - mythes et préoccupations à aborder,
  - contribution à la santé des femmes dans les régions rurales,
  - avantages pour les femmes défavorisées sur le plan socio-économique et avantages pour le système de soins de santé;
- Amorcer un dialogue avec les représentants de la santé et du mieux-être;
- Élaborer un cadre qui sera présenté au gouvernement (se reporter au cadre des T.N.-O. pour voir un exemple);
- Entretenir un dialogue avec le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick.

---

[80] Lynn Kelly, de l'hôpital de Campbellton.

[81] Nouveau-Brunswick, *Renouvellement du système de santé, Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*, janvier 2003, p. 120.

9.2 Idées pour les activités du plan de travail

- Exercer des pressions sur les ministres clés et les PDG des régies régionales de la santé;
- Exercer des pressions sur les députés (sur des sujets comme le financement, les modifications législatives pour obtenir du financement, les droits hospitaliers, l'inclusion des sages-femmes dans le système de soins de santé);
- Déployer des efforts pour augmenter le nombre de membres de l'ASFNB[82];
- Élaborer une stratégie de communication avec les médias pour accroître la sensibilisation du public;
- Demander de l'aide financière pour la production d'un film vidéo sur la profession de sage-femme, qui pourra être utilisé dans les rencontres avec le public;
- Obtenir l'appui de différents groupes féminins et offrir de présenter un exposé à une de leurs réunions (p. ex. : Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises, Dames d'Acadie, Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, etc.);
- Explorer les possibilités d'obtenir de l'aide financière pour la mise en œuvre du plan de travail;
- Explorer d'autres solutions pour financer l'étude de faisabilité recommandée dans le rapport, Renouvellement du système de santé (p. ex. : Santé Canada, échange entre le Québec et le Nouveau-Brunswick, Santé et Mieux-être, etc.);
- Faire réviser l'ébauche des règlements par un avocat.

9.3 Résultats visés

- Informer et sensibiliser le gouvernement;
- Procurer un forum dans le cadre duquel tous les intervenants (comités consultatifs, décideurs, fournisseurs de soins primaires de première ligne, représentants communautaires) peuvent tenir des discussions et faire des recommandations sur les questions relatives à la profession de sage-femme, y compris le financement et le modèle des soins (p. ex. : élaborer un cadre qui sera proposé au gouvernement);
- Réformer les services de maternité en vue de s'assurer que les femmes enceintes ont l'option de se procurer des soins primaires communautaires auprès de sages-femmes qualifiées et autorisées, dans le cadre du système public de soins de santé;
- Élaborer une politique sur les services de maternité et mettre en œuvre un cadre abordant des réformes structurelles (p. ex. : financement, législation, normes des soins et assurance responsabilité);

---

[82]Au sujet du nombre de membres et de la représentation, M. Debly a mentionné l'importance de la représentation au moment de l'examen de la demande de projet de loi d'intérêt privé. Il est important que les consommatrices montrent que les sages-femmes sont en demande. Selon le document « Across Canada », sur le site Web de l'Association canadienne des sages-femmes, les sages-femmes de l'Île-du-Prince-Édouard ont obtenu la même réponse du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Obtenir l'engagement du gouvernement à l'égard du financement et du développement des services communautaires de sage-femme pour donner suite à la demande des consommatrices;

- Accorder une plus grande importance à la gestion communautaire des programmes de sage-femme qui seront établis dans les autres régions; offrir aux femmes le choix d'accoucher dans des cadres variés;

- Encourager le gouvernement à collaborer avec l'ASFNB pour éliminer les obstacles politiques et législatifs, afin de permettre aux sages-femmes d'exercer leur profession à l'aide des outils nécessaires (accès à l'hôpital, tests, médicaments, etc.);

- Réviser le barème du régime d'assurance-maladie de manière à inclure les sages-femmes à titre de fournisseuses reconnues de soins de santé;

- Apporter les modifications législatives nécessaires pour permettre aux sages-femmes d'ordonner des tests et de prescrire des médicaments.

10. Personnes-ressources consultées

Rachel Bard, sous-ministre nommée d'office, ministère de la Santé et du Mieux-être.

Loredana Catalli-Sonier, greffière de l'Assemblée législative, Fredericton.

Jason Debly, directeur adjoint, Législation de la santé et réglementation des professions, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Norma Dubé, directrice générale, Direction des questions féminines, et conseillère en politiques pour le rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé sur le renouvellement du système de santé.

Jennifer Ayer, présidente de l'Association des sages-femmes du Nouveau-Brunswick.

Kim Campbell, Association canadienne des sages-femmes.

Jane Kilthei, registraire, College of Midwives of British-Columbia.

Eileen MacKenzie, Midwives Association of Saskatchewan.

Karen Kaufman, vice-doyenne, Midwifery Education Programme, Université McMaster.

Gisela Becker, Midwives Association of the Northwest Territories and Nunavut.

Pearl Herbert, Université McMaster, Terre-Neuve, membre d'office du comité sur la mise en œuvre de la profession de sage-femme et présidente du sous-comité sur le champ d'activité des sages-femmes.

Bibliographie

« La privatisation et la santé des femmes au Canada: suivi des répercussions de la réforme des soins de santé », *Bulletin de recherche*, vol. 1, n° 2 (hiver 2001).

ASSEMBLÉE-LÉGISLATIVE DE L'ALBERTA.

ASSEMBLÉE-LÉGISLATIVE DE L'ONTARIO.

ASSEMBLÉE-LÉGISLATIVE DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

ASSOCIATION CANADIENNE DES SAGES-FEMMES. *NWT Midwifery Practice Framework*, 2003.

ASSOCIATION FOR SAFE ALTERNATIVES IN CHILDBIRTH. *Midwifery Across Canada*, 2001.

BECKER, G. et L. PAULETTE. *Events Leading to Present Situation in Maternity Care, Informed Choice with Focus on Rural and Northern Midwifery in the NWT*, octobre 2003.

BECKER, Gisela. *Report from the Midwives Association of the NWT and Nunavut.* Disponible sur le site Web de l'Association canadienne des sages-femmes.

BLAIS, Régis et Pierre JOUBERT. « L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000).

Born in the USA.

BOURGEAULT, I.-L. « Les sages-femmes se mettent au monde: L'intégration de la profession de sage-femme au système de santé canadien », *Le Réseau*, vol. 2, n° 3 (été 1999).

BREITKREUZ, L., C. ELLIS (Midwives Association of Saskatchewan), M. MOON (Traditional Midwives Collective) et C. HANSON (The International Midwifery Day Committee). « Les soins prodigués par les sages-femmes : expériences, espoirs et réflexions de femmes », *Bulletin de recherche*, vol. 1, n° 2 (hiver 2001).

CANADIAN MIDWIFERY REGULATORS CONSORTIUM. *Regulated Midwifery and the Future of Health Care in Canada*, 2001. Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

COLLEGE OF MIDWIVES OF BRITISH COLUMBIA. *Canadian Midwifery Regulators Consortium – Application for HRDC Developmental Project Funding*, 2003. Document de conception.

COLLEGE OF MIDWIVES OF MANITOBA. *Standard for Consultation and Transfer of Care, Standard for use of a Second Attendant, Code of Ethics, Scope of Practice.* Disponible à l'adresse www.midwives.mb.ca.
Current Midwifery Situation in Canada. Disponible à l'adresse ucs.mun.ca/pherbert/number8.thml.

De CENT, Catherine. *Où sont passées les sages-femmes? Une expérience vécue à Terre-Neuve et au Labrador.* Disponible sur le site Web du Réseau canadien pour la santé des femmes, à l'adresse http://www.cwhn.ca/.

GIACOMINI, M. et M. PETERS. *The introduction of Public Funding for Midwifery in Ontario: Interpreting the Meaning of the Financial Incentives*, Université McMaster, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1996. (Une autorisation écrite a été obtenue de l'auteur pour les citations et les extraits utilisés dans le présent document.)

HAWKIN, M. et S. KNOX. « Les sages-femmes continuent de faire face à de nombreux défis
La sage-femmerie au Canada se définit peu à peu », *Le Réseau* (printemps-automne 2003).

History of Midwifery in British-Columbia (source : Kate Nicholl).

History of Midwives in NB (source : ASFNB).

KLEIN, Dr Michael C. « L'exercice de la profession de sage-femme au Québec : leçons pour le reste du Canada », *Revue canadienne de santé publique* (janvier-février 2000).

KORNELSEN, J. et E. CARTY. « Les défis d'intégration: perspectives sur le règlement sur la profession de sage-femme en Colombie-Britannique », Université de la Colombie-Britannique, École des sciences infirmières, *Bulletin de recherche*, vol. 1, n° 2 (hiver 2001).

MANITOBA. « La *Loi sur les sages-femmes* entre en vigueur aujourd'hui », juin 2000. Communiqué.

McKENDRY, R. et T. LANGFORD. *Legalized, Regulated, but Unfunded: Midwifery's Laborious Professionalization in Alberta, Canada, 1975-99*, Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research; Alberta, Université de Calgary, Département de sociologie. Résumé analytique.

MIDWIFERY COALITION OF NOVA SCOTIA. *What Midwives Do.*

MIDWIFERY CONSUMERS OF ALBERTA NETWORK. *Midwifery Care in Alberta.* Sommaire.

NOUVEAU-BRUNSWICK. *Renouvellement du système de santé, Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*, 2002.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *L'Ordre des sages-femmes du Québec : Bientôt quatre ans, Fonctionnement et perspectives - État de situation*, février 2003.

RAYMENT, Pamela. « Funding Crises Looms Over Midwifery, Alberta Women Could Lose the Option to Choose », *Birth Issues* (automne 2001), p. 1.

Site Web de l'Association canadienne des sages-femmes.

TERRE-NEUVE. *Challenging Responses to Changing Times, New Proposals for Occupational Regulation*, 1997. Publication (« livre blanc »).

Tous les sites Web d'associations de sages-femmes au Canada et documentation connexe.

Tous les sites Web d'ordres de sages-femmes au Canada et documentation connexe.

Toutes les lois canadiennes sur la profession de sage-femme (voir le relieur à feuilles mobiles sur les lois).

Toutes les lois et tous les règlements canadiens se rapportant aux sages-femmes.

Vidéos